204

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 31 Mars 1909, à 1 heure

PAR

Léo MAURAN
Externe des Hôpitaux de Paris

DES

CAS DE MORT

PAR

Décollement prématuré du placenta inséré normalement

Président : M. PINARD, *professeur*

Juges { MM. KIRMISSON, *professeur*
LEPAGE, *agrégé*
OMBREDANNE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

---

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE MALAUSSÉNA

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur Le Docteur LEPAGE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

A MON PRÉSIDENT DE THESE

Le Professeur PINARD

Des cas de mort par décollement prématuré

du placenta inséré normalement

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de lire la courageuse déposition que le professeur Pinard fit à l'audience publique du tribunal de Montdidier tenue le 11 décembre 1907 pour les affaires de police correctionnelle. Il était venu là, spontanément pour défendre une sage-femme accusée d'homicide par imprudence, parce qu'une femme qu'elle assistait succomba au cours du travail, à la suite d'une hémorragie interne due au décollement prématuré du placenta inséré normalement. Dans cette déposition, une phrase nous frappa : « J'ai peut-être quelque titre à parler de l'hémorragie rétro-placentaire, disait-il, car je me suis moi-même particulièrement occupé de cet accident, j'ai fait faire de nombreuses thèses, j'ai publié des leçons sur ce sujet. Eh

bien ! la lecture de ces documents montre combien d'observations et de recherches sont encore nécessaires. »

Notre cher maître le Dr Lepage, communiqua récemment (octobre 1908), à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie, une observation relatant un cas de décollement prématuré du placenta suivi de mort de la femme. Il la fit suivre de quelques considérations, dont la suivante appela particulièrement notre attention : « Si les efforts des accoucheurs doivent tendre à vulgariser les signes qui permettent de reconnaître en temps utile cette complication, ils doivent en même temps montrer, par la publication d'observations semblables à la mienne, quel danger menace les femmes même lorsqu'elles sont entourées de soins compétents ».

Les paroles du professeur Pinard, nous avaient déjà donné l'intention d'étudier cette complication de la grossesse. Mais ainsi qu'il le disait lui-même, les thèses sur ce sujet sont déjà nombreuses, et nous ne savions de quel côté aborder la question, de façon à faire œuvre tant soit peu utile. Les quelques lignes de notre maître Lepage, que nous venons de citer, et ses conseils surtout, nous sortirent d'embarras. Nous résolûmes de montrer les difficultés de diagnostic d'hématome rétro-placentaire, et, combien cet accident met la vie de la femme en danger.

Notre maître Lepage nous indiqua lui-même le titre que nous pourrions donner à notre thèse : « Des cas de mort par décollement prématuré du placenta inséré normalement. » C'est dans ce sens que se sont dirigées nos recherches, tendant à réunir le plus grand nombre possible d'ob-

servations, où cet accident de la grossesse a causé la mort de la femme.

Nous pourrions résumer l'impression personnelle que nous ont laissé nos recherches, dans la réflexion suivante : Si la mort de la femme est si fréquente, dans les hôpitaux d'une des premières villes du monde, alors qu'elle est assistée par des accoucheurs, comptant parmi les plus savants et les plus habiles, par des internes et des externes mettant toute leur jeune intelligence et leur activité au service de leurs maîtres, par des sages-femmes instruites, par des infirmières stylées et dévouées, alors qu'elles sont dans un milieu où l'on dispose aussitôt de toutes les ressources que nous offre la science... quelle sera la mortalité dans les petites villes de province et surtout dans les campagnes, où quand bien même le modeste praticien aura fait le diagnostic, il manquera presque toujours des éléments et des conditions nécessaires pour risquer une intervention qui sauverait peut-être la femme.

Il nous reste avant d'aborder notre sujet, et cette tâche nous est douce, à remercier tous les professeurs de cette faculté qui de près ou de loin, ont contribué à nous enseigner les diverses branches des sciences médicales. Nos maîtres dans les hôpitaux, qui nous ont initié aux beautés et aux difficultés de la Clinique, ont un droit tout particulier à notre reconnaissance.

Parmi eux, notre maître le D[r] Lepage a su nous faire aimer plus spécialement l'obstétrique ; il nous a donné plus d'une fois des témoignages de sa bonté et de l'intérêt qu'il nous portait. Nous ne saurions trop lui en exprimer notre gratitude. Nous conserverons un souvenir inoublia-

ble des quelques mois que nous avons passés dans son service.

C'est aussi notre maître Lepage qui a su nous faire apprécier toute la beauté, la clarté, la grandeur de l'enseignement du professeur Pinard. M. le professeur Pinard nous a fait le grand honneur de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse. Qu'il en reçoive ici nos plus profonds remerciements.

HISTORIQUE

En 1621, Guillemeau parle déjà de « pertes cachées de l'utérus, » mais aucune observation clinique ou anatomique ne prouve qu'il ait entrevu la raison de ces pertes. On ne saurait donc remonter jusqu'à lui dans l'historique qui nous occupe.

Les observations que publia, en 1668, Mauriceau dans son *Traité des maladies des femmes grossès*, sont aussi bien incomplètes, mais il faut lui reconnaître le mérite d'avoir le premier constaté et compris le décollement du placenta par brièveté du cordon. Et cela en termes très explicites : « J'ai souvent remarqué, dit-il, dans plusieurs femmes qui ne s'étaient aucunement blessées, que leur arrière-faix s'était détaché et entièrement séparé de la matrice, à cause que le cordon de l'ombilic de leur enfant était embarrassé et entortillé autour de quelques parties de son corps et particulièrement autour de son cou, ce qui faisait que pour peu que l'enfant pût se mouvoir pour se disposer à sortir, ce cordon, n'ayant plus la longueur et la liberté ordinaires, tiraillait continuellement l'arrière-faix et le faisait ainsi se détacher entièrement avant le temps. »

Peu en 1694, dans la *Pratique des Accouchements* constate que « dans la perte de sang l'effusion peut s'en faire dans la cavité de la matrice seulement, l'orifice interne

restant fermé. » Il publia des observations ; plusieurs autres accoucheurs en publient à leur tour, mais aucune ne précise l'étroite relation qui existe entre ces hémorragies et le décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Ce n'est qu'en 1781 que J.-L. Baudelocque, dans son *Traité de l'art des Accouchements* établit nettement ce rapport de cause à effet : « L'hémorragie qu'on désigne sous le nom de pertes, dit-il, est constamment la suite de la désunion accidentelle d'une portion du placenta d'avec la matrice, et peut se manifester indistinctement dans tous les temps de la grossesse. » « Cette hémorragie n'est pas toujours apparente » ajoute-t-il plus loin. On ne saurait être plus net. C'est lui aussi qui le premier établit la gravité de ces hémorragies internes : « l'observation a prouvé plusieurs fois, dit-il, que les épanchements qui se forment entre le placenta et la matrice pouvaient devenir assez considérabtes pour influer manifestement sur les forces de la femme, sur sa vie et celle de son enfant. » Il rapporte plusieurs observations à l'appui de son dire, mais une chose manquait : la preuve anatomique.

C'est ce qui permit à Mme Lachapelle et à Mme Boivin de nier la possibilité de cet accident : « L'hémorragie interne avant la sortie du fœtus ne peut être assez abondante pour occasionner la mort de la femme, écrit Mme Boivin en 1818 dans sa traduction du *Traité sur les hémorragies de Duncan Stewart ;* il est même impossible que la perte ait lieu à un degré considérable sans qu'elle se manifeste au dehors, parce que si peu ouvert que soit l'orifice il l'est toujours assez pour permettre l'écoulement du sang. » Mme Lachapelle est beaucoup plus catégorique et traite cela de « pure

spéculation. » « Moi-même, dit-elle, je n'ai observé aucun cas analogue, je ne puis admettre la possibilité d'une hémorragie interne pendant la grossesse, et d'une accumulation du sang entre le placenta et l'utérus. » Ceci après une pratique de plus de 40.000 accouchements.

Mais en 1832 Baudelocque neveu rapporte une observation qui semble fournir la preuve anatomique de l'accident qui nous occupe Il s'agit d'une femme morte pendant le travail. Delaforterie arrive après la mort, pratique l opération césarienne et constate un vide entre le placenta et le fond de la matrice, contenant trois chopines de sang environ. Il reconnaît de plus que les bords du placenta avaient conservé leurs adhérences naturelles avec l'utérus. L'enfant, vivait encore, dit-il. Ce fait rend l'observation un peu suspecte, car il est difficile de concevoir comment un hématome rétro-placentaire d'un volume équivalent à trois chopines, n'aurait pas entraîné la mort de l'enfant par asphyxie.

Velpeau (1835), Cazeaux (1840), Jacquemier (1846), Braxton-Hicks (1860), Goodel (1869), Pilat (1874), Brunton (1875), tour à tour, en observent et en signalent de nouveaux cas. Mais il faut croire que ces observations n'étaient pas bien décisives, puisqu'en 1878 Stolz peut encore écrire à ce sujet : « Ceci est de la théorie pure que la pratique n'a plus confirmé depuis Baudelocque. »

En 1889, Winter juge enfin la question. Le doute n'est plus permis après la publication de ses trois observations, qui avec planches à l'appui, dessinées d'après des coupes faites sur des sujets congelés, prouve d'une façon anatomique et irréfutable la réalité du décollement prématuré

du placenta inséré normalement. Dès lors les observations se multiplient. Peu de temps après, Pinard et Varnier publient une nouvelle planche remarquable prouvant non seulement la réalité de l'hématome rétro-placentaire, mais encore un de ses modes de production : la brièveté du cordon.

Mme Henry en rapporte plusieurs cas et les observations deviennent de plus en plus nombreuses à mesure que le diagnostic s'en fait plus souvent.

Rousseau-Dumarcet (1892), Mlle de Forin (1892), Lehman (1898), étudient la question en général. Lelong (1901), limite son étude aux cas de décollement occasionnés par un traumatisme. Schickelé (1904), Biancardi (1905), s'occupent plus spécialement de l'anatomie pathologique, et étudient les lésions utérines et placentaires qu'ils ont eu l'occasion d'observer. Guiraud, de Montpellier, expose les divers traitements tour à tour préconisés.

Plus récemment, Jules Gaston de Lyon, et Landon de Paris, en 1906, font une nouvelle étude d'ensemble.

Cependant, de nombreux articles paraissent dans les diverses revues d'obstétrique, des leçons sont faites sur ce sujet. On tend à préciser les symptômes, à faciliter le diagnostic, à fixer le traitement.

De toutes ces études il semble à première vue se dégager des règles assez précises, mais l'on s'aperçoit bientôt si on cherche à se former une opinion d'après les observations publiées, que le diagnostic de l'hématome rétro-placentaire, n'est pas toujours chose facile, et surtout que les indications thérapeutiques sont loin d'être précises.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On a invoqué de très nombreuses causes pour expliquer le décollement prématuré du placenta normalement inséré. Il en est plusieurs que nous ferons que citer. C'est ainsi que la congestion de l'utérus, le tempérament lymphatique, la variole, la leucocythémie, l'hémophilie, l'atrophie aiguë du foie, la tuberculose, la maladie de Basedow, l'anémie, la malaria, l'hydramnios, le choléra, la fièvre typhoïde, la grossesse gémellaire, l'endométrite, ont tour à tour été accusés. Nous savons qu'on a eu l'occasion d'observer des hématomes rétro-placentaires chez des femmes atteintes de ces affections, mais le nombre des observations n'est vraiment pas suffisant pour prouver l'action certaine d'une de ces causes. On a sans doute incriminé la plupart de ces maladies parce que les hémorragies font souvent partie de leur tableau clinique. Nous ferons cependant une exception pour l'endométrite qui se trouve en cause 12 fois dans une statistique faite sur 100 cas par Aschkanasy dans sa thèse inaugurale (Kœnigsberg, 1905).

Nous ne nous arrêterons pas davantage aux prétendues causes occasionnelles, que nous signale M^lle^ de Forin, telles

que effort, faux-pas, promenade trop prolongée, émotion vive, frayeur subite, accès de colère, quinte de toux. Il est difficile qu'en cherchant bien, une femme nè puisse trouver un de ces faits comme ayant eu lieu avant que survienne l'hémorragie. On ne saurait y attacher de l'importance.

S'appuyant sur l'autorité de Goodel, Mlle de Forin insiste aussi sur l'influence de la multiparité. Sur une statistique de 110 cas elle trouve 70 multipares. On doit reconnaître que la proportion est un peu forte, et que la multiparité peut avoir une certaine influence sur la pathogénie de l'hémorragie rétro-placentaire.

La rupture du sinus circulaire a été aussi invoquée. Il est certain que l'on constate très souvent la coexistence des deux accidents. Mais une question préalable se pose : la rupture du sinus circulaire est-elle la cause ou la conséquence de l'hématome rétro-placentaire. Ou encore : n'est-ce pas deux accidents indépendants entre eux, mais dépendant d'une même cause. Il nous semble que l'hémorragie due à la rupture primitive du sinus circulaire, arrivera beaucoup plus facilement à décoller les membranes que le placenta, et que c'est toujours du côté des membranes qu'elle se frayera un chemin. Nous considérons donc le décollement du placenta comme primitif, dans plusieurs observations d'hématome rétro-placentaire publiées comme étant dû à la rupture du sinus circulaire.

Le professeur Grynfeltt, cité par Guiraud dans sa thèse (Montpellier, 1905), a publié 4 cas dans lesquels le décollement du placenta serait attribuable à la version par manœuvres externes. Ce mécanisme est concevable, car la

version par manœuvres externes peut sans doute exposer l'accoucheur à produire des enroulements très étendus du cordon autour du corps et des membres du fœtus.

Nous tombons ainsi dans une des causes indéniables de l'accident qui nous occupe : la brièveté du cordon. Brièveté naturelle : très rare. Brièveté accidentelle : beaucoup plus fréquente, due à des circulaires ou enroulements du cordon. Nous avons vu dans notre historique, que Mauriceau avait déjà vu et compris ce mécanisme. Rousseau-Dumarcet en cite deux cas dans sa thèse. L'un d'eux est tout à fait probant. La femme ayant succombé, Pinard et Varnier ont fait des coupes en série qui démontrent anatomiquement d'une façon irréfutable le décollement prématuré total du placenta normalement inséré, par suite de la brièveté du cordon.

On peut rapprocher de cette cause le cas observé par Fieux (de Bordeaux) rapporté dans la thèse de Landon, où le décollement a été provoqué par des brides amniotiques occupant toute la longueur du cordon.

Le traumatisme est une autre cause indiscutable de cette complication, mais nous croyons cependant qu'elle n'est pas fréquente. Lelong, sur les indications de son maître, M. Lepage qui a abordé spécialement à ce point de vue le sujet qui nous occupe a pu en réunir quinze observations.

Mais voyons les conclusions auquel il arrive quand il les analyse. Il est obligé de convenir que sur ces quinze observations, si :

1 cas est indiscutable, anatomiquement prouvé sur la table d'autopsie.

Si 2 cas sont nettement établis par des preuves clini-

ques, par contre l'influence du traumatisme est discutable dans 3 cas. Elle est douteuse dans 6 cas. Elle parait nulle dans 3 cas.

Nous ne serions donc pas bien riches encore au point de vue étiologique, s'il n'y avait pas autre chose. Mais nous arrivons à la grande cause du décollement du placenta normalement inséré : l'albuminurie.

En 1885, Winter commence à soupçonner l'origine albuminurique de cet accident.

En 1888, Moreau y insiste déjà assez fortement : « L'albuminurie avec ou sans lésions du rein mérite de nous arrêter quelques instants, dit-il ». et plus loin : « il faut admettre entre l'albuminurie et l'hémorragie, l'existence d'une relation plus étroite que celle d'une simple coïncidence. »

Mais c'est surtout au professeur Pinard que revient le mérite d'avoir montré l'étroite relation qui existe entre ces deux phénomènes. C'est sous son instigation que Rousseau-Dumarcet a particulièrement insisté sur cette cause dans sa thèse (1892). Il a fait depuis de nombreuses leçons à ce sujet, et depuis tous les auteurs s'accordent à considérer l'albuminurie comme la cause la plus importante du décollement placentaire.

Dans une leçon que le professeur Pinard fit à la clinique Baudelocque le 7 novembre 1904, il regrette même d'avoir auparavant « trop sacrifié à la tradition en mettant comme titre à cette question : (Hémorragies par décollement du placenta normalement inséré) ; et en sous-titre : (Hémorragies rétro-placentaires). » — « Eh bien ! ceci ne suffit pas, dit-il, il faut faire un pas de plus et appeler ce

chapitre : « des hémorragies rétro-placentaires chez les femmes albuminuriques », parce qu'immédiatement ceci vous indique la pathogénie et même l'étiologie de ces accidents. » Il reconnait d'ailleurs la possibilité d'autres causes : « Ce n'est pas à dire que ces sortes d'hémorragies ne se rencontrent que chez les albuminuriques, mais c'est chez elles qu'on les observe le plus fréquemment. »

Tout le monde obstétrical s'est d'ailleurs aujourd'hui rallié à cette opinion. Je citerai pourtant à titre de curiosité la théorie que Szasz a publié en 1903 dans son article du *Beitrage zur Geburtshilfe und Gynækologie*, septième volume, nº I. D'après cet auteur le décollement placentaire serait primitif et l'albuminurie consécutive pourrait être considérée comme un simple phénomène de résorption. Cette façon de voir n'a pas eu d'écho. Il nous semble, qu'il faudrait d'ailleurs pour la soutenir aller jusqu'au bout et prétendre que dans le placenta albuminurique ce sont aussi les petits foyers d'hémorragies intra-placentaires qui provoquent l'albuminurie, et quelquefois même l'éclampsie. Il serait difficile de comprendre comment la résorption de foyers si minimes pourrait atteindre d'une façon aussi grave la physiologie du rein.

Dans une discussion qui eut lieu à la Société d'obstétrique le 15 mars 1906, le professeur agrégé Brindeau semble aussi entrevoir une nouvelle théorie étiologique et pathogénique des hémorragies intra et rétro-placentaires.

Le professeur Bar venait de communiquer une nouvelle observation de décollement prématuré du placenta, suivi de mort. L'autopsie montra dans le foie des lésions beaucoup plus avancées que dans le rein. « L'examen du foie

montre que dans la zone centrale de tous les lobules il existe une dégénérescence très marquée des cellules hépatiques et certaines cellules y sont atteintes de lésions de nécrose. L'on trouve au rein des lésions de néphrite chronique épithéliale, mais qui semble être moins avancées que celles du foie. » C'est alors que le professeur Brindeau, dit avoir fait des recherches, avec le Dr Nathan.-Larrier, sur tous les placentas de femmes atteintes d'hémorragies rétro-placentaires qu'ils ont eu l'occasion de voir: « Ils y ont retrouvé, dans tous, même chez les femmes qui n'étaient pas albuminuriques, les lésions caractéristiques des placentas éclamptiques » Et il se demande : « Ces lésions sont-elles primitives ou sont-elles secondaires aux altérations du foie maternel » ? Mais nous n'avons pas vu que le professeur Brindeau ait pu examiner le foie de ces femmes à placenta éclamptique sans albuminurie ; il ne peut donc savoir s'il y avait des lésions hépatiques. De plus il n'a sans doute pas trouvé d'albumine dans les urines de ces femmes, au moment du travail ou dans les derniers jours de leur grossesse, mais n'auraient-elles pas été albuminuriques à un moment quelconque de leur grossesse ? Dans l'observation du professeur Bar qui nous fournit des constatations anatomiques nous avons des lésions du foie, sans doute, mais nous avons aussi des lésions rénales, et ces dernières suffisent quoique moins avancées à expliquer l'hémorragie rétro-placentaire. Les lésions hépatiques ne nous étonnent pas d'ailleurs, sachant depuis longtemps que c'est du foie que dépendent les nombreuses manifestations, d'auto intoxication, qui se rencontrent durant la grossesse. Le professeur Pinard enseigne depuis 1895 la théorie patho-

génique de l'hepato-toxhémie gravidique. Que les altérations du foie soient à l'origine des lésions du rein, nous ne le contestons pas, mais ce sont ces dernières, qui provoquent les foyers hémorragiques du placenta. Et nous voyons par contre l'insuffisance hépatique se manifester par d'autres symptomes, tels que ptyalisme, dermatoses, vomissements incoercibles, etc., alors qu'il n'y a pas d'albumine, et qu'il n'y a pas non plus de lésions placentaires.

Nous pouvons donc toujours affirmer que c'est l'albumine qui est la cause prochaine des hémorragies intra-placentaires, et par là-même la cause des hématomes rétro-placentaires, quittes à reconnaître que l'insuffisance du foie peut être la cause de cette albuminurie.

Nous venons de dire « et par là même des hémorragies rétro-placentaires ». C'est en effet, on ne peut plus évidente, la pathogénie de cet accident de la grossesse. Le professeur Pinard en a parfaitement montré les étapes. Chez la femme albuminurique non traitée, il se forme des foyers intra-placentaires qui restent localisés. Mais dans certaines circonstances, le foyer franchit les limites de la masse placentaire. Il y a alors accumulation du sang derrière le placenta et l'hémorragie reste là. Elle est alors extra-placentaire après avoir été intra-placentaire. Le placenta se décolle de plus en plus, à tel point que l'enfant succombe. L'hémorragie peut devenir abondante au point de tuer la femme. Parfois elle se fraye un chemin en décollant les membranes et devient externe, après avoir été primitivement interne.

Ceci n'est pas un raisonnement purement spéculatif mais bien confirmé par des observations anatomiques faites

post-mortem. On a noté la coexistence des hémorragies rétro et intra-placentaires. On a vu des orifices de communication entre les deux foyers.

Citons enfin pour terminer ce chapitre, les constatations d'anatomie pathologique microscopique, qu'ont fait Schickelé, Biancardi et Gaston. Ce dernier qui a soigneusement étudié des recherches des précédents, et qui a examiné personnellement quatre placentas, résume ainsi ses résultats :

Sur le placenta : épaississement de la caduque et dégénérescence de ses éléments ; foyers hémorragiques ; dépôts de fibrine ; endométrite alvéolaire s'étendant à tout le tissu décidual ; atélectasie d'un grand nombre de villosités.

Sur l'utérus : atrophie de la muqueuse, pauvreté en vaisseaux, dégénérescence.

Si nous voulions résumer en quelques lignes, les pages qui précèdent, nous pourrions dire : Il existe trois causes indiscutables du décollement prématuré du placenta : deux relativement rares, la brièveté du cordon et le traumatisme ; une très fréquente, l'albuminurie.

Nous avous cherché à faire une statistique de tous les cas de décollement placentaire publiés durant ces vingt dernières années, dans le but de voir combien de fois l'albumine aurait été en cause. Nous avons dû y renoncer, car beaucoup trop souvent les observations ne mentionnent pas l'analyse des urines, et nous serions arrivés à des résultats erronés.

Si nous analysons les 18 observations que nous avons réunies, nous trouvons sept cas où l'albumine a été cons-

tatée, et deux cas où elle ne l'a pas été mais où l'on a trouvé des lésions de néphrite à l'autopsie.

Les symptômes généraux, bouffissure de la face, œdèmes, troubles de la vue et de l'ouïe, nous permettent d'affirmer sa présence dans deux autres cas.

Six observations ne nous donnent aucun renseignement.

Dans une seule on a constaté qu'il n'y avait pas d'albumine.

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC

On a souvent présenté un tableau clinique classique, très précis, du décollement prématuré du placenta normalement inséré ; sûrement le diagnostic n'en serait pas très difficile, si l'on trouvait toujours réunis chez la même femme, les divers symptômes que l'on a pu observer.

Nous verrons qu'il n'en est malheureusement pas toujours ainsi : bien des cas laissent le clinicien dans le doute, quand ils ne sont pas, même, complètement ignorés.

Mais commençons par analyser succinctement, tous les signes qui ont été observés.

L'hémorragie externe est certainement le fait le plus frappant et le plus palpable, qui puisse aussitôt faire penser à la possibilité de l'accident qui nous occupe. Il doit y faire penser, et c'est d'ailleurs là, le seul service qu'il puisse nous rendre. Car d'abord ce symptôme est loin d'être constant, et les observations sont nombreuses où l'hémorragie fut purement interne. De plus, quand il existe il sert souvent à égarer le diagnostic. Il fait bien plus souvent penser à l'insertion vicieuse du placenta ; et l'erreur est d'autant plus facile que souvent des caillots arrêtés en arrière de l'orifice du col peuvent donner au toucher digi-

tal l'impression d'un relief, d'une petite masse molle et pâteuse, que l'on prendra pour un bord du placenta. L'observation de Mme Henry (Obs. X) est un bel exemple de la possibilité de cette erreur. N'oublions pas enfin qu'il est d'autres causes d'hémorragie externe, rupture du sinus circulaire, déchirure du col. etc. Nous pouvons rapprocher de ce paragraphe les indications fournies par la couleur du liquide amniotique. Il est certain qu'un liquide mélangé ou simplement teinté de sang peut mettre sur la voie du diagnostic.

Il est des symptômes du côté de l'utérus qui ont été assez souvent observés. La femme se plaint généralement de douleurs abdominales plus ou moins vives, plus ou moins localisées. La présence de ces douleurs nous paraît être d'un bien faible secours.

On a quelquefois noté une augmentation soudaine du volume de l'utérus. Le fait a été très nettement observé par la femme elle-même dans une de nos observations, (Obs. XV), mais il faut avouer que somme toute les observations de ce genre sont rares. Cela nous paraît être un bon symptôme quand il existe, et nous ne croyons pas qu'il puisse faire penser à ces formes d'hydramnios décrites sous le nom d'hydramnios aigu. Cette affection est en effet plutôt une maladie chronique de l'œuf, à poussées quelquefois il est vrai, mais ne débutant que très rarement d'une façon aussi brusque. De plus on y perçoit très souvent la sensation de flot.

Quelquefois aussi, on peut se trouver en présence d'un utérus anormalement volumineux. Cela peut servir au diagnostic, surtout lorsque, comme dans deux de nos

observations (obs. VII et XIII), cette augmentation de volume devient très considérable, et qu'on voit le fond remonter jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde. Une augmentation bien moindre sera d'ailleurs perçue aussi et pourra donner l'éveil, si on mesure par principe l'utérus de toute femme enceinte.

On a constaté, beaucoup plus souvent, un état particulièrement dur de l'utérus, qui a été décrit sous le nom de « dureté ligneuse de l'utérus ». Cette dureté est continue. La poche des eaux est constamment bombée et tendue. Le segment inférieur est comme enclavé dans l'excavation « ainsi qu'une sébille de bois ». Ce sont malheureusement des signes qu'on n'a pas observés d'une façon assez constante. Serait-ce parce qu'on aurait souvent négligé de les rechercher. Nous serions assez porté à le croire car nous avons remarqué qu'on les trouve beaucoup plus souvent notés dans les observations récentes, alors que plus souvent aussi on cherche à faire le diagnostic clinique de l'hématome rétro-placentaire.

Un autre signe que l'on trouve d'une façon constante, c'est l'absence de bruits fœtaux. Le décollement placentaire supprime en effet la circulation fœtale, et l'enfant meurt pas asphyxie. L'auscultation sera donc négative. Mais la mort du fœtus existe dans d'autres cas si nombreux, que cette constatation isolée paraît avoir une valeur bien petite.

Voilà donc déjà une série de symptômes très nettement observés. Nous ne croyons pas cependant qu'on ait jamais fait le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire sur leur seule constatation. Nous croyons même que le plus

souvent on n'a songé à les rechercher, que quand on a déjà été mis sur la voie du diagnostic, par d'autres signes autrement précieux : les signes d'hémorragie grave interne.

Ce sont eux qui feront presque toujours penser au grave accident que nous étudions. Assurément, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme dans le collapsus, la face pâle, les muqueuses décolorées, les extrémités refroidies, le corps couvert de sueurs, présentant des troubles de la vue, des bourdonnements d'oreille, de l'oppression, avec un pouls filiforme, quelquefois à peine sensible, très accéléré, atteignant, dépassant même, comme on l'a souvent observé, 140 pulsations à la minute ; l'on est bien obligé de penser à une hémorragie interne lorsqu'en même temps l'on ne trouve rien autre qui puisse expliquer un état général aussi grave. C'est presque toujours dans ces cas que l'on cherche la présence des autres signes que nous avons déjà étudiés ; si on ne les trouve pas, ce n'est pas leur absence qui peut faire rejeter le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire. Les cas sont nombreux en effet où les signes généraux d'hémorragie interne grave sont les seuls qui existent. De plus ils existent toujours, du moins dans les cas graves. C'est pourquoi c'est à eux que nous attachons la plus grande importance.

Une autre question se pose ici. N'est-il pas trop tard pour agir utilement quand ces symptômes apparaissent ? La lecture des observations que nous avons recueillies prouvera qu'il en est malheureusement souvent ainsi, et que les secours de la science sont dès lors inefficaces.

Triste situation, de voir le péril alors qu'il est trop tard pour le conjurer !

Aussi serait-il excessivement important de pouvoir diagnostiquer l'hémorragie rétro-placentaire, avant que la femme présente un état général aussi grave. Il est un dernier symptôme qui pourra peut-être quelquefois faciliter un diagnostic précoce. Il s'agit de l'albuminurie, qui traduit plutôt un trouble de la fonction rénale, mais que nous avons vu être la cause la plus fréquente du décollement prématuré du placenta normalement inséré Elle doit donc faire surtout partie de l'étiologie de cet accident. Mais nous la rangeons aussi dans la symptomatologie, parce que nous estimons que la présence de l'albumine dans les urines peut faire craindre le décollement placentaire, comme elle fait craindre l'éclampsie. Et nous pensons que la crainte d'une complication possible peut faire poser le diagnostic de cette complication, alors que des signes habituels ne seraient pas encore au complet, ou ne seraient encore qu'imparfaitement dessinés.

Il va sans dire que ce signe ne sera d'aucun secours dans les cas où le décollement est dû à la brièveté du cordon ou au traumatisme.

Voilà donc exposée la symptomatologie du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Voyons maintenant qu'elles seront les difficultés du diagnostic, et quelle valeur ont les divers signes qui viennent d'être passés en revue.

Avec quoi peut-on confondre le décollement placentaire ?

On a signalé la confusion possible avec la grossesse gémellaire, l'hydramnios, la rupture du sinus coronaire,

le placenta prœvia, la rupture utérine, la rupture d'un kyste fœtal.

Nous pourrions étudier successivement le diagnostic de l'hémorragie rétro-placentaire avec chacune de ces affections ou accidents. Nous préférons envisager les tableaux cliniques qui peuvent se présenter.

On peut se trouver en présence d'une femme : 1° n'ayant que des signes du côté de l'utérus ; 2° se plaignant d'une hémorragie externe ; 3° présentant l'état général qui suit une hémorragie interne grave.

Dans le premier cas on pourra observer des douleurs abdominales, l'augmentation du volume de l'utérus, la dureté de l'utérus, la tension des membranes, l absence de signes sthétoscopiques, etc. Le plus souvent d'ailleurs, ces symptômes n'étant pas recherchés passent inaperçus. Sont-ils observés, le diagnostic sera souvent difficile avec la grossesse gémellaire et l'hydramnios, les deux coexistant souvent. Nous avons vu dans l'observation XV que le diagnostic n'a été fait qu'avec le secours de l'hémoglobinométrie. L'auscultation positive des bruits du cœur fœtal sera contre l'hypothèse d'hématome rétro-placentaire. La sensation de flot sera en faveur d'hydramnios. Et encore ces deux accidents ne peuvent-ils se trouver réunis ?

Y a-t-il hémorragie externe ? Le diagnostic sera difficilement fait avec l'hémorragie due à la rupture du sinus coronaire, ou surtout au placenta prævia. On peut constater à la lecture des observations publiées jusqu'à ce jour, que très souvent c'est au placenta prævia qu'on a pensé. Nous avons noté déjà que la présence fréquente de caillots derrière l'orifice du col est une grande cause d'erreur don-

nant l'impression du bord placentaire. Le plus souvent le diagnostic ne se sera fait, que lorsqu'on aura constaté que l'abondance de l'hémorragie externe n'est pas suffisante pour expliquer l'état général très grave de la femme.

On n'oubliera pas cependant que lorsque d'autres hémorragies sont survenues déjà d'une façon insidieuse pendant la grossesse, il s'agit presque toujours de placenta prævia. C'est dans ces cas aussi que la mensuration de l'utérus sera d'un secours utile.

L'hémorragie est-elle purement interne ? Si elle est peu abondante, elle passera presque toujours inaperçue. L'état général très grave de la femme imposera toujours le diagnostic quand le décollement est étendu et l'hématome volumineux. Quels sont les accidents qui pourraient mettre une femme dans un état si alarmant? La rupture d'un kyste fœtal, et la rupture utérine. L'évolution de la grossesse, les anamnestiques, le moment et les conditions dans lesquels surviennent les accidents ne permettront le doute que dans des cas assez rares.

Nous pourrions résumer de la façon suivante l'impression qui ressort de nos lectures. Dans les cas de décollement peu étendu, d'hémorragie trop petite pour mettre la vie de la femme en danger, la lésion est très difficilement diagnostiquée. Dans les cas graves, périlleux pour la femme, le diagnostic est fait le plus souvent, mais trop souvent aussi alors qu'il est trop tard.

Goodel disait déjà : « On ne diagnostique l'hémorragie interne que quand il est déjà trop tard pour y remédier. » Nous n'avons guère fait de progrès depuis, et nous pour-

rions ajouter : dans les cas moins graves, très souvent on ne la diagnostique pas du tout.

En 1898 Lehman dit dans sa thèse : « Si parfois le diagnostic s'impose parce que tous les symptômes se trouvent réunis chez une même malade, il est des cas et ce sont les plus nombreux qui permettent un doute sur l'existence de cet accident. »

Plus récemment encore en 1906 Landon écrit : « Pendant l'année d'internat que nous venons de faire chez M. le Dr Bonnaire à la maternité de Lariboisière, nous eûmes la bonne fortune d'observer 7 cas d'hématomes rétro-placentaires. Le diagnostic en fut fait avant l'accouchement dans certains cas, où le tableau clinique classique souvent dramatique de cet accident de la grossesse se trouva réalisé au complet. Plusieurs fois le diagnostic ne fut fait qu'après coup et cela parce qu'un ou plusieurs des signes pathognomoniques firent défaut ». Il n'a pas été fait chez une primipare albuminurique qui accouche d'un enfant mort de 2.750 grammes et trois minutes après d'un placenta de 350 grammes, chassé pour 1.150 grammes de caillots. Pendant le travail elle avait le ventre dur, l'utérus gros et rétracté, mais jamais elle ne présenta une minute le tableau impressionnant des hémorragies internes. Dans un autre cas ce n'est que grâce à l'hémoglobinométrie que M. Bonnaire fait le diagnostic hésitant entre hydramnios avec enfant vivant et hématome retro-placentaire avec enfant mort.

Nous-même trouvons sur un total de 18 observations, et toutes particulièrement graves puisque toutes ont été suivies de mort de la femme, que le diagnostic n'a été fait

que dans 6 cas d'une façon nettement affirmative. Dans 4 cas on a fait le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta. Il n'a pas été fait, ou du moins il ne paraît pas avoir été fait dans tous les autres cas.

Il faut donc bien convenir que le diagnostic du décollement du placenta normalement inséré est un diagnostic particulièrement difficile à faire, et constater avec regret que lors même qu'on le fait, on le fait souvent trop tard pour intervenir de façon utile. Espérons cependant, que cet accident étant de plus en plus connu et étudié, il se dégagera un jour des règles précises qui nous permettront de le reconnaître plus facilement, et surtout d'une façon plus précoce.

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

Le pronostic du décollement prématuré du placenta normalement inséré est toujours fatal pour l'enfant. Il faut que le décollement soit bien peu étendu, l'hémorragie bien peu abondante pour que l'enfant ne succombe pas à l'asphyxie. Le pronostic maternel est beaucoup plus difficile à établir, et c'est pourtant celui qui nous intéresse le plus. Voyons les statistiques :

Brunton	sur	5	femmes,	5	meurent
Braxton Hicks	—	23	—	15	—
Goodel	—	106	—	55	—
Henri Coë	—	152	—	71	—
Dumarcet	—	13	—	5	—
M^me^ Henry	—	28	—	2	—
Lehman	—	31	—	2	—

La mortalité maternelle diminuerait donc progressivement. Peut-on expliquer cette mortalité de plus en plus faible par les progrès de la thérapeutique ? Non. Nous pensons que cette différence provient de ce que l'hématome rétro-placentaire est de jour en jour mieux connu et que le diagnostic s'en fait plus fréquemment dans les cas où le décollement de l'œuf est suffisant pour amener son expulsion, mais non pour mettre les jours de la femme

en danger. L'on ne songeait autrefois à cet accident que dans les cas à peu près désespérés ; cela explique la plus forte mortalité que traduisent les anciennes statistiques. Les observations qui vont suivre prouvent que de nos jours encore, les cas très graves sont le plus souvent suivis de mort. Mais il semble que si l'on pouvait diagnostiquer tous les cas de décollement placentaire, on s'apercevrait que la mortalité est encore plus faible que celle indiquée par les statistiques les plus récentes. En envisageant la totalité des cas, à un point de vue statistique, le pronostic est relativement bon, mais il est bien difficile à formuler et doit toujours être réservé. On ne peut jamais prévoir, en effet, l'importance que prendra une hémorragie, et c'est cela qui nous rendra souvent bien hésitant au point de vue du traitement.

Voyons les divers modes de traitement tour à tour préconisés. Dès 1609, Louise Bourgeois ne songeait sûrement pas au cas particulier de décollement du placenta normalement inséré, mais écrivait au sujet des hémorragies de la grossesse : « Il faut rompre les membranes qui environnent l'enfant, ainsi que l'on ferait une porte pour sauver une maison du feu, et le tirer par les pieds ».

Mauriceau écrit en 1668 : « De quelque temps qu'une femme soit grosse, quand elle a une perte de sang excessive, qu'elle en tombe en de fréquentes syncopes, l'accouchement est le plus salutaire remède qu'on lui puisse donner, et à son enfant s'il est encore vivant. »

« Dans les pertes des femmes qui sont en travail, il faut toujours rompre les membranes des eaux de l'enfant le plus tôt qu'on le peut faire, afin de lui donner lieu de

s'avancer au passage sans pousser ces membranes qui étant agitées par l'impulsion des douleurs augmenteraient encore la perte de sang en augmentant le détachement de l'arrière-faix où elles tiennent. »

Le professeur Pinard enseigne de nos jours : « Il faut vider l'utérus le plus rapidement possible, terminer l'accouchement le plus tôt possible, rompre prématurément les membranes et accélérer le travail à l'aide de ballons. Dans les cas bénins, la simple déchirure large des membranes a pu arrêter l'hémorragie. »

Les progrès de la science n'avaient pas encore fourni aux accoucheurs du XVII^e^ siècle les moyens dont on dispose aujourd'hui pour accélérer le travail, mais la conception du traitement à employer est la même.

Mais trois siècles ne se sont pas écoulés sans que cette question ait donné lieu à de nombreuses controverses.

Baudelocque aîné n'écrit-il pas : « La rupture des membranes est pernicieuse dans les hémorragies internes ». Baudelocque neveu partage cette opinion, conseille l'expectation et ne permet la terminaison rapide de l'accouchement qu'à la dilatation complète.

Braxton-Hicks ne conseille la rupture des membranes que dans les cas extrêmes et la fait suivre alors de la version par manœuvres mixtes.

Winter et d'autres auteurs sont hostiles à la rupture des membranes ; ils font observer que plus les membranes seraient tendues, moins abondante serait l'hémorragie.

Plus récemment encore, en 1892, M^lle^ Forin, qui sous l'instigation de Budin fit une thèse sur ce sujet, partage cette

façon de voir et rejette absolument la rupture des membranes.

Mais cependant de nombreux accoucheurs continuent à pratiquer la manœuvre indiquée dès le XVII[e] siècle. Goodel à leur tête se fait le défenseur de la rupture précoce des membranes, « afin que l'utérus se contracte mieux et ferme ainsi les vaisseaux béants ».

Entre temps, le tamponnement a eu lui aussi ses partisans, mais cette méthode a été bien vite abandonnée, dès qu'on s'est aperçu qu'on n'arrivait qu'à substituer une hémorragie interne à une hémorragie externe et que le danger devenait d'autant plus grand qu'il était plus caché.

Actuellement, la rupture précoce des membranes est admise par tous les accoucheurs. Le décollement prématuré du placenta étant un accident d'une gravité souvent extrême, il faut, suivant les mots du professeur Pinard, « vider l'utérus le plus tôt possible, terminer l'accouchement le plus tôt possible ». La technique seule différera : les uns préférant les ballons de Champetier de Ribes, d'autres la dilatation bimanuelle, d'autres les dilatateurs mécaniques.

La marche suivante nous paraît la plus unanimement conseillée :

Commencer par des injections chaudes à 48 degrés, sans trop s'attarder à ce mode de traitement qui peut faire perdre un temps souvent précieux.

Si l'hémorragie persiste, rompre largement les membranes. La lecture de très nombreuses observations prouve que cette petite opération suffit très souvent pour l'arrêter.

N'a-t-on obtenu aucun résultat ? Appliquer un ballon de

Champetier qui accélérera la dilatation du col, et qui permettra ainsi de faire bientôt un accouchement méthodiquement rapide.

Il est des cas où la rupture des membranes a été insuffisante pour conjurer le péril, où l'état de la femme est tellement grave qu'on n'a pas l'espoir de pouvoir attendre l'action du ballon. Je ne saurais mieux faire encore ici que de citer les paroles du professeur Pinard (1) : « Je n'hésiterais pas devant l'impossibilité d'attendre, dit-il, à pratiquer la laparotomie et j'irais attaquer directement le foyer. Je viderais rapidement l'utérus de son contenu, et ensuite je le traiterais suivant l'état de l'opérée soit par l'hystérectomie abdominale totale, soit par l'amputation supra-vaginale. »

L'opération césarienne a été faite en France dans des cas semblables, par le professeur Bar (Voir obs. XVI), par le professeur Ribemont-Dessaignes, et par le professeur Fabre, de Lyon. Elle a été aussi pratiquée à l'étranger, particulièrement aux Etats-Unis.

Telle est la marche à suivre qui paraît la plus logique et la meilleure. Mais une grosse difficulté subsiste. A quel moment une intervention opératoire sanglante sera-t-elle indiquée ? On peut voir à la lecture des observations publiées jusqu'à ce jour, que souvent dans des cas où l'état de la patiente était assez grave, où l'hémorragie constatée lors de la délivrance était très abondante, la rupture des membranes, la simple expectation même, ont permis l'accouchement naturel, suivi de guérison de la femme.

1. *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 1904.

N'est-il pas à craindre, que si l'on encourageait trop l'intervention sanglante, celle-ci aurait été pratiquée dans quelques-uns au moins de ces cas, faisant ainsi courir à la femme le risque toujours sérieux d'une opération grave.

Et, d'autre part, la lecture des observations qui vont suivre, toutes suivies de mort, ne laisse-t-elle pas cette impression que souvent une laparotomie pratiquée au moment voulu, aurait sauvé les jours de la femme. Mais toujours un gros point d'interrogation se pose : A quel moment aurait-on dû intervenir ? Dix minutes plus tôt ; ne pouvait-on pas avoir encore l'espoir de voir les choses se terminer favorablement sans opération. Dix minutes plus tard ; n'a-t-on pas trop attendu, et ne se trouve-t-on pas déjà dans de trop mauvaises conditions pour risquer avec quelques chances de succès une intervention sanglante.

Nous estimons que c'est là que réside la grosse difficulté, en matière de traitement. Nous ne sommes pas compétent pour la résoudre. Nous nous bornons à souhaiter qu'un maître de l'Obstétrique puisse un jour donner des indications précises à ce sujet, de façon à ce que le praticien puisse appuyer sur sa grande autorité sa ligne de conduite.

Nous terminerons ce chapitre en rappelant que la thérapeutique prophylactique est la meilleure des thérapeutiques, et en citant les paroles suivantes du professeur Pinard : « Toute femme soumise au régime lacté, c'est-à-dire dont on traite l'albuminurie, n'a pas à craindre d'hémorragie rétroplacentaire ».

Avant de reproduire les observations de cas suivis de mort, nous tenons cependant à résumer une observation

où l'opération césarienne a pu sauver les jours de la femme. Nous l'avons déjà dit, cette observation n'est pas la seule, mais elle montre mieux que toute autre, qu'il est des cas où l'extraction du fœtus par la voie abdominale, est la seule solution qui permette un dénouement favorable.

Primipare. — Grossesse de six mois et demi. — Albumine
Décollement du placenta normalement inséré
(Jules Gaston. — Thèse de Lyon, 1906.)

M. B..., vingt-huit ans, cuisinière, entrée le 12 mai 1906 dans un état des plus alarmants. Elle dit avoir perdu depuis 1 heure de l'après-midi (entrée à 3 heures).

Vu l'état grave de la malade, on lui fait 2 injections de sérum artificiel (550 gr. chacune) sous les seins.

4 heures soir. — Le Dr Gonnet pratique un tamponnement vaginal avec 2 m. 20 de gaz aseptique.

4 h. 15. — Col étroit et dur. Entre la poche des eaux et la paroi utérine le sang coule. Pour parer à cette hémorragie. M. le chef de Clinique place un ballon dilatateur de Champetier.

4 h. 50. — Pouls 104. La malade délire, se plaint de ne pas y voir, cherche à éloigner l'entourage et demande qu'on la laisse mourir. Nouvelle injection de sérum sous le sein gauche (200 gr.). On essaye d'inciser l'orifice externe du col.

5 heures. — La malade est portée sur la table d'opération ; le Dr Gonnet après avoir enlevé le ballon essaye de dilater l'orifice interne et rompt la poche des eaux avec le doigt. Après plusieurs tentatives infructueuses de dilatation, il sectionne l'orifice externe en plusieurs endroits, puis n'obtenant toujours

rien, sectionne la partie inférieure de l'orifice interne, sans plus de succès d'ailleurs.

La branche gauche de la pince à os passe facilement mais la droite ne peut être introduite. Le perforateur du crâne passe et la boîte se vide. L'utérus diminue de volume.

Après plusieurs tentatives inutiles pour engager une partie fœtale, le Dr Gonnet refait un tamponnement intra-utérin et vaginal.

5 h. 25. — Pendant l'opération on réinjecte 200 grammes de sérum ; l'état de la malade reste stationnaire. Pouls, 100.

7 h. — Nouvelle injection de sérum (300 gr). Suintement sanguin à la vulve.

7 h. 20. — Intervention d'urgence. Le professeur Fabre, prévenu, arrive immédiatement. Après un toucher où il constate l'impossibilité de dilater le col, il décide de faire une césarienne.

8 h. 25. — Fin de l'opération. Pouls, 140.

Dans la nuit, chloral, champagne, deux lavements de sérum.

La femme guérit.

Cette observation se passe de commentaires. Vu l'impossibilité de dilater le col, la femme eût sûrement succombé sans l'intervention du professeur Fabre.

OBSERVATIONS

Ainsi que nous l'avons dit dans notre introduction nous avons cherché à recueillir le plus grand nombre possible d'observations de décollement prématuré du placenta normalement inséré, où cet accident a causé la mort de la femme. Nous avons pu en réunir dix-neuf. Toutes n'offrent pas un égal intérêt, mais toutes prouveront, ce qui est notre but, que le diagnostic est souvent difficile, que souvent il n'est pas fait, que la mort de la femme peut survenir quelles que soient les ressources que la thérapeutique obstétricale met à notre disposition. Nous ferons d'ailleurs suivre chacune d'elles de quelques lignes où nous consignerons ce qui nous aura plus particulièrement intéressé.

Observation I

(Loir aîné. — *Revue Médicale*, *1844*.)

La dame D..., âgée de trente ans, d'une bonne constitution, est devenue enceinte pour la première fois. La grossesse, qui datait du mois de septembre, n'avait rien offert d'anormal.

Il n'existait ni enflure aux jambes, ni varices ; la malade se plaignait seulement de quelques maux de tête, de bourdonnements d'oreilles et d'éblouissements, de temps en temps. Il existait une légère bouffissure de la face, dont le Dr Loir ne crut pas devoir tenir compte. Du 3 au 25 du mois d'avril les symptômes de pléthore prirent plus de caractère et le 25, les accès de céphalalgie, les éblouissements et les bourdonnements d'oreilles ayant augmenté de fréquence et d'intensité, la face étant bouffie avec une teinte légèrement livide, et le pouls étant plein et développé, une saignée de deux palettes fut pratiquée au bras. Quelques instants après, la malade éprouva un malaise subit et une sensation extraordinaire dans le bas-ventre. Après quelques heures de repos, elle se leva. A partir de ce moment elle ne sentit plus remuer son enfant. Les troubles de la vue et l'affaissement général ont persisté. Le 30 avril le Dr Loir constata l'existence du souffle placentaire, ainsi que les battements du cœur du fœtus. Quelques jours plus tard, la santé de la femme paraissait rétablie, la femme crut sentir remuer son enfant.

3 mai. — En faisant sa promenade habituelle, elle éprouva tout d'un coup une sensation pénible dans le bas-ventre, une sorte de saisissement général. Elle se hâta de rentrer chez elle. Dès lors elle s'est plainte d'une sensation de pesanteur dans le rectum, avec douleurs s'irradiant vers les reins.

4 mai. — Augmentation de tous ces phénomènes. La nuit survinrent des nausées et de l'agitation, de l'insomnie, des syncopes. Le médecin arrivé à 3 heures est frappé de la pâleur de la malade, de la petitesse du pouls, du refroidissement des extrémités. Le ventre n'est pas augmenté de volume. Le globe utérin s'élève à peine au-dessus de l'ombilic. Il est arrondi ; sa

dureté augmente au moment des contractions. Le col n'est point effacé ; la dilatation égale à peine la grandeur d'une pièce de 20 centimes ; le pourtour de l'orifice cervical est très résistant. Il n'y a pas d'écoulement vaginal.

Les heures suivantes et jusqu'au lendemain, l'état de la malade s'aggrava. Les battements du cœur fœtal ne s'entendent pas. Dans la matinée du 5, le pouls a faibli encore davantage ; les syncopes surviennent dès que la malade se met sur son séant. L'hypothèse d'une hémorragie interne était la seule qui expliquait tout ce que le Dr Loir venait d'observer. Son collègue, le Dr M..., appelé en consultation pensa qu'il s'agissait d'une fièvre grave et conseilla l'expectation.

Nulle amélioration dans la journée du 5. La malade se plaint de nuages devant les yeux. Les douleurs des reins et le sentiment de pesanteur vers le fondement sont les deux symptômes prédominants ; l'anxiété épigastrique semble diminuer.

Pendant la nuit on cherche à accélérer la dilatation du col. Lorsque celle-ci attteint les dimensions d'une pièce de 2 francs, la poche des eaux se présente. Le Dr Loir la rompt prématurément pour accélérer le travail, et il s'en écoule une quantité très minime d'une sérosité brunâtre. Cette opération n'a pas eu pour effet de rendre les douleurs plus fréquentes ni plus longues. Au contraire, les contractions étaient presque nulles. La dilatation du col ne progressait que lentement, l'utérus n'avait pas sensiblement augmenté de volume ; cependant il était devenu plus rénitent, plus tendu que la veille ; on ne constatait pas dans l'intervalle des douleurs la mollesse qu'on observe habituellement.

Le Dr Loir chercha à accélérer la dilatation par l'intervention digitale. Mais voyant que ce moyen ainsi que l'emploi de

l'ergot ne produisaient pas d'effet, et que l'état général de la malade s'aggravait, il se décida à terminer l'accouchement. Le col de l'utérus étant trop résistant pour l'introduction de la main, il l'abaissa et le fendit à droite et à gauche, puis introduisant la main gauche, il constata la présentation de la tête, amena le pied gauche, puis le droit et termina l'accouchement avec facilité et promptitude.

L'enfant était mort, le cordon enroulé deux fois autour du cou, et tellement court que l'enfant se trouvait retenu près de la vulve.

Pendant la version, il s'écoula un sang fluide, mêlé de quelques caillots, mais avec l'enfant, et après son extraction, sortit une grande quantité de sang liquide noir et de caillots, difficile à évaluer.

Le placenta adhérait encore en partie. Ramené, il était entier, tout recouvert de sang sur sa face utérine, et offrait vers son centre une grande cavité remplie de caillots. Deux autres épanchements plus petits se trouvaient dans le voisinage. Le sang y était infiltré sans communication avec l'extérieur.

La mère expira quelques instants après l'accouchement.

Nous avons fait revivre cette observation qui est un si bel exemple d'observation clinique, surtout parce qu'elle nous apprend qu'en 1844 déjà, on n'a pas hésité à inciser le col utérin pour terminer plus rapidement l'accouchement. Cette opération faite quelques heures plus tôt, n'aurait-elle pas sauvé la femme? Elle aurait été d'autant plus indiquée que le diagnostic d'hémorragie interne était déjà fait. On y voit que ce dernier n'a été fait qu'en se basant sur l'état général très grave.

L'albuminurie n'a pas été constatée, mais existait sûrement, car la malade en présente tous les signes cliniques. La brièveté du cordon peut d'ailleurs aussi dans ce cas, expliquer la formation de l'hématome rétroplacentaire.

A noter aussi qu'on y constate déjà la dureté de l'utérus.

OBSERVATION II

(Bassett. — *Trans obstetr. Soc. of London*, 1872-1873.)

A la suite d'une promenade, Mme E..., ressent à 11 heures du matin, une vive douleur dans le bas ventre. Bientôt les symptômes s'aggravent, et la femme tombe en collapsus. Les traits sont tirés, la peau froide, le pouls imperceptible. La malade se plaint d'une forte douleur dans le creux épigastrique et d'une sensation de tension abdominale avec étouffement.

Au toucher, il n'y a rien d'anormal. Le volume du ventre n'est pas augmenté, il n'y a pas de travail. Deux heures plus tard, il y a contractions manifestes, avec, suintement de sang par le vagin.

On fait une pression sur le ventre ; les membranes sont rompues et l'on administre l'ergot. La gravité du collapsus impose une délivrance immédiate, mais le col reste fermé ; il est impossible d'y introduire la main.

La femme meurt non délivrée sept heures après le début du travail.

Autopsie. — Un tiers du placenta était décollé, aplati, dur, dégénéré. Une grande quantité de caillots recouverts d'un dépôt jaunâtre, remplissait le cul-de-sac formé par le placenta

et les parois utérines. Les membranes n'étaient pas décollées à la partie inférieure. L'hémorragie était purement interne.

Remarquons encore ici que le collapsus est le seul signe d'hémorragie rétroplacentaire. A noter également le court intervalle, sept heures à peine, qui s'est écoulé entre le début des accidents et la mort. Aurait-on pu intervenir à temps d'une façon utile?

OBSERVATION III

(Weatherly. — *Brit. med. Journal,* 1878.)

Le docteur Weatherly a été appelé chez une femme de trente-quatre ans qu'il trouva froide, sans pouls, les jambes œdématiées, l'abdomen extrêmement distendu. Depuis quatre heures la malade ressent des douleurs dans les reins, qui s'affaiblissent depuis une heure, et vomit sans cesse. Le médecin apprend que depuis une semaine, elle urine fort peu. La veille elle avait glissé dans un escalier et depuis ne sentait plus remuer son enfant. A l'examen le col était mou, dilaté à peu près comme une pièce de 1 franc. La tête se présentait. Les membranes étaient déchirées depuis quelques heures, et le liquide amniotique était teinté de sang. On ne trouve pas de placenta au niveau du segment inférieur.

Après cet examen, un petit écoulement de sang se fait par le vagin. On n'entend pas les battements du cœur fœtal. On diagnostique une hémorragie interne, suite de décollement placentaire.

L'ergot de seigle administré plusieurs fois par la bouche fut rendu immédiatement par la malade. L'état de la femme

exigeait une intervention immédiate. On a donc fait la dilatation digitale du col, pendant deux heures, suivie de la version.

On a trouvé alors le placenta complètement décollé, dans le fond de l'utérus qui était rempli de gros caillots. L'enfant a été extrait mort. Son extraction a été suivie d'un écoulement de sang considérable, puis la femme commence à délirer et meurt quelques heures plus tard. Le fond de l'utérus était rempli par de gros caillots, dont quelques-uns très durs, fibrineux. Le placenta était recouvert par places par des particules jaunâtres, graisseuses.

Le diagnostic a été fait, en se basant ici encore sur l'état général grave que ne pouvait expliquer le petit écoulement de sang qui se faisait par le vagin.

On note également dans cette observation, l'extrême distension de l'abdomen.

L'intervention pourtant rapide de l'accoucheur n'a pu empêcher la mort de la femme. On peut se demander si une laparotomie opérée au moment où l'on a commencé la dilatation, évacuant donc l'utérus deux heures plus tôt, aurait sauvé la patiente. C'est d'ailleurs la question qu'on peut se poser après chacune des dix-neuf observations que nous reproduisons. Nous n'en ferons plus la remarque.

OBSERVATION IV

(Barnes. — *Lancet London*, 1881-1882.)

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, habituellement en bonne santé, et qui a eu plusieurs grossesses antérieures. En même temps que mon collègue, le Dr Miller, je fus appelé chez

elle. Nous la trouvons pâle et dans le collapsus, avec pouls rapide et lèvres exsangues. Elle était au huitième mois de sa grossesse et son histoire est la suivante :

Une semaine auparavant, elle a souffert d'une diarrhée grave, et un matin elle est tombée du haut en bas de l'escalier. Elle put à peine se remuer ensuite. En arrivant en haut de l'escalier, elle tomba en faiblesse après avoir eu la sensation de défaillance et de vertige. Cet état fut suivi de maladie, de froideur, et d'une grande prostration. Nous avons vu la malade quatre heures environ après l'accident ; elle avait déjà une défaillance qui durait depuis quelque moment. On avait alors l'impression immédiate, d'une malade, qui mourait à la suite d'une perte de sang. Cependant un examen fait avec le plus grand soin ne montrait aucun symptôme d'hémorragie, ni même le suintement d'une goutte de sérum ; c'est là le point le plus important sur lequel fut posé le diagnostic d'hémorragie méconnue. L'intestin a fonctionné comme elle venait de se coucher et depuis quelque temps nous hésitions à dire si c'était l'hémorragie ou le collapsus de la diarrhée qui avait produit cet état de prostration dans lequel nous avons trouvé la malade. On ne percevait plus les battements du cœur du fœtus.

L'examen vaginal révéla une présentation normale, et un col de l'utérus qui ne laissait passer que le bout du doigt. Le vagin était froid au toucher.

Nous administrons de l'opium ; mais le collapsus augmente, et la malade mourut deux heures après notre première visite où nous l'avions trouvée en état de syncope.

Le jour suivant j'ai fait un examen *post-mortem* et l'état de l'utérus est la seule chose qui mérite mention. En ouvrant l'ab-

domen j'ai observé une ecchymose sur la paroi inférieure de l'utérus, juste au-dessous et à droite de son point central. Cette ecchymose ne correspond pas manifestement à la contusion qu'on observe sur la paroi abdominale. En ouvrant l'utérus le long de la ligne médiane, je tombe d'emblée sur le placenta qui était fixé sur la partie moyenne de l'utérus. Par en bas il était décollé sur une étendue grande comme la paume de la main. La partie décollée correspondait exactement par sa situation à l'ecchymose. Entre la paroi de l'utérus et les membranes je trouvai un immense amas de caillots et de sérum que j'expulsai et recueillis dans un bassin, il n'y en avait pas moins de 4 pintes. Les membranes étant restées intactes tout le temps, il ne se trouvait pas de sang mélangé au liquide amniotique. L'orifice du col de l'utérus était fermé à tel point qu'on ne pouvait y introduire le doigt qu'en employant la force. Le fœtus était bien nourri ; le placenta et l'utérus étaient sains. Dans ce cas il paraît peu douteux par suite de la coïncidence de l'ecchymose et du décollement partiel du placenta, que le décollement ne soit dû aux suites de la chute faite dans l'escalier au moment où la malade était déjà affaiblie par la diarrhée.

Nous estimons, en effet, que c'est là un bel exemple d'hématome rétro-placentaire dû au traumatisme. Aussi n'est-il pas étonnant que l'on ait trouvé un placenta sain, n'offrant pas les foyers hémorragiques que provoque l'albuminurie. Nous y remarquons que les signes généraux sont là encore les seuls constatés. A noter également la rapidité avec laquelle survint la mort, deux heures à peine après la première visite des docteurs.

OBSERVATION V

(Swayne. — *Bristol Med. Chir. J.*, 1889.)

3 avril 1886. — Vers 1 heure du matin, j'ai été appelé en consultation par le Dr Elliot, auprès d'une dame qu'il soignait, Mme E..., primipare. A mon arrivée je l'ai trouvée sans pouls et en état de collapsus. Elle avait eu des pertes de sang abondantes et les draps en étaient trempés. Le Dr Elliot m'a appris que la veille, il avait constaté une quantité très considérable d'albumine dans ses urines. Il m'a dit que le début du travail avait été accompagné d'hémorragie externe abondante, mais sans douleurs vraies suffisantes, et ajouta qu'il avait rompu les membranes. Après mon arrivée il n'y a eu qu'une perte minime de sang.

La dilatation offrait les dimensions d'une pièce de monnaie anglaise intermédiaire entre 2 et 5 francs. Le Dr Elliot avait tenté l'introduction du forceps pour hâter l'accouchement, mais la dilatation n'était pas suffisante pour laisser passer les deux branches.

La femme se trouvait alors dans un état de collapsus profond. Les injections d'éther et l'application de fomentations chaudes à la région précordiale, n'eurent aucun effet. Elle succomba à 2 heures de l'après-midi. Pendant qu'elle était moribonde le Dr Elliot fit la version, l'accoucha d'un enfant mort et la délivra ensuite.

Nous constatons dans cette observation une hémorragie externe abondante, et un état général très grave. L'hémorragie externe pouvait-elle expliquer le collapsus. Cette

notion, seulement, aurait pu à notre avis permettre le diagnostic.

A noter aussi la mort rapide de la femme avant la dilatation complète.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Winter, 1889, *in* thèse Rousseau-Dumarcet, 1892.)

Le 21 février 1881 à 5 h. 30, est apportée à la clinique une primipare de vingt-sept ans, éclamptique. Dernières règles le 15 juillet 1880, bonne santé habituelle. Il y a deux jours elle a ressenti des troubles de la vue, puis de la céphalée et des nausées. Vingt-quatre heures après ces prodromes sont survenus des accès éclamptiques qui se sont reproduits plusieurs fois. La patiente a eu un peu d'œdème des membres inférieurs du visage et des paupières. L'urine est peu abondante, brune, très riche en albumine. L'abdomen est régulièrement développé ; l'utérus à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Bruits du cœur : à gauche ; 128 par minute. Poche des eaux encore intacte. La malade sans connaissance ne réagit à aucune excitation. Dans la clinique elle eut encore trois accès. On la soumit à l'influenc continue des narcotiques pendant dix heures. Aucun accès ne s'étant reproduit, on cesse, et la connaissance paraît revenir un peu ; la patiente répond, demande à boire, urine spontanément et dort ensuite tranquillement. Pouls : 70. Elle a en somme l'apparence d'une convalescente d'éclampsie.

Pendant ce temps des contractions faibles se produisent, mais l'accouchement n'avance pas sensiblement.

Subitement à 7 heures du matin, la respiration s'arrête pen-

dant que le pouls reste encore bon ; mais bientôt ce dernier devient plus faible et sans qu'une nouvelle respiration spontanée survienne, la patiente meurt et cela dix minutes après le début des accidents.

Examen du cadavre. — Membranes en partie décollées ; caillot sanguin plat, entre les membranes et la paroi utérine. Le placenta occupe la paroi postérieure, fortement repoussé en bosse dans la cavité utérine, principalement au voisinage de l'insertion du cordon, Dans les parties latérales de la moitié droite de l'utérus il est poussé jusqu'au contact avec la paroi antérieure. Le placenta est dans la plus grande partie séparé de la paroi utérine par une hémorragie. A la périphérie supérieure il est décollé jusqu'au reploiement des membranes, tandis qu'en bas 4 centimètres environ adhèrent encore à la paroi utérine.

Cette observation offre un bel exemple de la gravité quelquefois extrême de l'hématome rétro-placentaire. On peut dire que le diagnostic était impossible à faire. Au début, l'éclampsie seule attire l'attention. Ce danger conjuré, un pouls bon à 70 ne saurait faire penser à une hémorragie interne. Et cependant cette hémorragie a été anatomiquement constatée, et la femme est morte d'une façon foudroyante, dix minutes après le début des accidents.

OBSERVATION VII

(Kortright. — *Brooklyn Med. J.*, 1890.)

Mme S..., âgée de vingt-quatre ans, arrivée à sa deuxième grossesse. Au huitième mois et demi de cette grossesse, son premier enfant a fait une chute dans l'escalier, et la mère fortement

effrayée fut prise instantanément d'une douleur intense dans le dos et le côté gauche, suivie bientôt de vomissements, pâleur, agitation et syncope. Cinq heures plus tard un filet de sang s'écoulait par le vagin d'une façon continue.

J'ai vu la malade vingt-trois heures après la chute de l'enfant. A ce moment l'abdomen était douloureux et tendu à la pression. La tumeur utérine atteignait l'apophyse xyphoïde. La dilatation du col était d'une dimension d'une pièce de 5 francs. Toutes les six minutes survenaient des douleurs utérines faibles. Les membranes étaient intactes. Le pouls battait 132. Entre les contractions le sang s'écoulait par la vulve.

On rompit les membranes et aussitôt les douleurs utérines sont devenues plus fortes. Deux heures plus tard la tête était engagée dans le vagin.

Administration de cognac et d'ergot, par la bouche et en injection hypodermique. Les membres inférieurs de la femme furent bandés et la tête abaissée.

Le forceps fut appliqué avec une traction ne dépassant pas 10 livres. Le placenta suivit immédiatement l'enfant. Il en fut de même d'une masse de caillots du volume d'une tête d'adulte.

Après l'extraction, il n'y eut aucune contraction. L'utérus correspondait exactement à la comparaison classique d'un chiffon mouillé.

Une injection chaude d'une solution étendue de teinture d'iode n'eut pour tout résultat que la contraction du vagin. L'aorte abdominale fut comprimée, et l'utérus exprimé par le procédé bimanuel, abdominal et intra-vaginal. Plusieurs injections hypodermiques d'ergotine furent faites et l'on se préparait à faire la transfusion du sang lorsque la femme succomba. L'enfant naturellement était déjà mort.

Nous avons remarqué dans cette observation la constatation du volume anormal de l'utérus atteignant l'appendice xyphoïde. Nous pensons que ce signe joint à la fréquence du pouls, 132, que ne pouvait expliquer le filet de sang qui s'écoulait par le vagin, pouvait faire faire le diagnostic. Mais l'accouchement progressant assez vite, je crois que la conduite suivie était la seule indiquée (ergot mis à part). La femme a pourtant succombé.

OBSERVATION VIII

(*Observation de la Clinique Baudelocque*, n° 857, 1891.)

La nommée Clotilde C...,âgée de vingt-cinq ans,domestique, II-pare, entre à la salle de travail le 1er juillet 1891 à midi 30.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents physiologiques. — A marché à dix mois. Toujours bien. Réglée à quatorze ans. Irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — Rougeole dans son enfance.

Antécédents obstétricaux. — Une grossesse du terme de six mois et demi. Enfant mort.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 26 novembre 1890.

Au moment de l'accouchement, albuminurie considérable.

Examen obstétrical. — Seins et ventre normaux. Utérus de consistance ligneuse. Présentation céphalique.

Auscultation nulle.

Cette femme a le facies décoloré. Elle perd abondamment. Sa chemise est inondée. Elle dit avoir perdu beaucoup à l'hôpital Beaujon où elle s'est présentée avant de venir à la clinique Baudelocque. Par le toucher on trouve le col long, l'orifice est à peine entr'ouvert.

M^lle Roze introduit un doigt dans le canal cervical et arrive sur les membranes qui sont fortement tendues, les rompt après s'être assurée de la présentation du fœtus qui est le sommet. La femme ne perd plus, la tête est engagée et appuie bien.

1 heure du soir. — M. Potocki veut introduire le ballon Champetier, mais la tête étant trop engagée, il ne peut y parvenir. Il introduit alors à minuit 1/2 le ballon Tarnier.

3 heures du soir. — La parturiente perd un peu de sang. M^lle Roze retire alors le ballon Tarnier ; il s'écoule encore un peu de sang. Après la sortie du ballon on fait une injection vaginale et l'hémorragie s'arrête à 6 heures du soir. Température, 37°2.

10 heures du soir. — Température, 35°8. Pouls, 142. Langue sèche. Lèvres fuligineuses.

La dilatation fut complète à 10 h. 20 du soir, et l'expulsion du fœtus se fit spontanément à 10 h. 40.

Pendant l'expulsion du fœtus, il sortit une quantité assez considérable de sang noirâtre, ainsi que de nombreux caillots semblant remonter à quelques heures à cause de leur coloration. Le placenta fut expulsé au-devant de ces caillots. Il présente des anciens foyers hémorragiques. On fit une injection intra-utérine prolongée ; l'utérus se rétracta promptement. La quantité de sang perdue pendant la délivrance était de 640 gr. de caillots.

La mère mourut le 2 juillet à midi.

Nous trouvons notée dans cette observation la dureté ligneuse de l'utérus et la tension des membranes. Nous ne voyons cependant pas que le diagnostic ait été fait.

Nous y remarquons aussi que l'introduction d'un gros ballon n'est pas toujours possible.

OBSERVATION IX

(*Leçon du 20 novembre 1891 à la Clinique Baudelocque par M. Pinard.*)

La nommée X..., grande multipare, fut apportée le 9 mai 1884 à l'hôpital Lariboisière. Cette femme en était à sa onzième grossesse et à huit mois et demi de sa dernière grossesse. Elle avait toujours été bien portante jusqu'à ce jour. En ramassant de l'herbe à Aubervilliers, elle fut prise tout à coup d'une grande douleur du ventre et perdit du sang. On la transporta à l'hôpital Bichat, puis de là chez une sage-femme et enfin à l'hôpital Lariboisière où elle arriva exsangue.

On fit tout d'abord le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta, et, en l'absence de M. Pinard, on pratiqua le tamponnement, mais malgré les soins qui lui furent donnés, cette femme mourut douze heures après.

Autopsie. — Œuf intact et décollé de toutes parts. L'ouverture pratiquée dans l'œuf montre le cordon ombilical faisant un nœud autour du pied de l'enfant.

Probablement qu'il s'agit bien là d'un décollement placentaire, par brièveté accidentelle du cordon. Nous retiendrons surtout de cette observation que c'est le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta qui fut fait.

OBSERVATION X

(Mme Henry. — *Annales de Gynécologie*, nov. 1891.)

La nommée P..., multipare, dixième grossesse, est arrivée à la maternité le 16 août 1896 à 2 h. 30 du matin.

Elle a eu chez elle 8 accès d'éclampsie. Son mari la fit transporter à l'hôpital où elle arrivée souillée de sang sur toute la surface du corps. Le cou et la poitrine sont le siège de caillots provenant de l'application de sangsues dans les régions mastoïdiennes. Par les organes génitaux, cette femme perd aussi des caillots ; son mari dit que l'hémorragie se continue depuis la veille 10 heures du soir. Cette malade est très affaiblie, d'une pâleur extrême ; son pouls est à peine perçu à la radiale. Il bat 140 fois par minute. La température est de 36°6.

L'examen obstétrical permet de constater que la tête est à l'hypogastre, le dos à gauche, l'extrémité pelvienne au fond de l'utérus. Pas de bruits fœtaux à l'auscultation. Le diagnostic d'hémorragie interne n'est pas fait. Femme non en travail. Col court, ouvert et fermé. Membranes intactes. Urine très albumineuse. Mme Henry sent en arrière de l'orifice un relief ressemblant à un point du bord du placenta. Elle rompt les membranes parce que cette femme continue à perdre du sang, et la tête vient appuyer sur l'orifice. L'hémorragie s'arrête. De temps en temps on fait des injections vaginales à 48 degrés avec de l'eau boriquée.

La patiente ne perd plus, mais à 4 h. 30 du matin elle devient plus pâle encore et sa respiration s'accélère. Du sang s'accumule évidemment derrière la tête puisqu'il ne s'en écoule pas

au dehors. L'état d'affaiblissement s'accentue malgré de nombreuses injections hypodermiques d'éther et à 5 heures du matin, cette femme meurt sans avoir repris connaissance, deux heures et demi après son entrée dans la maison.

Autopsie. — Placenta inséré au fond de l'utérus et à gauche, décollé dans une certaine étendue. Du sang coagulé, en très grande quantité, accumule entre l'œuf et la surface interne de l'utérus a refoulé les membranes. Le placenta était inséré loin de l'orifice et ce que Mme Henry avait pris pour un bord placentaire était un relief formé par un caillot arrêté à cet endroit.

Cette observation est un bel exemple de la difficulté qu'il y a, parfois, à faire le diagnostic entre l'hématome rétro-placentaire, et l'insertion vicieuse du placenta. C'est ce dernier qui a été fait et ce n'est que l'autopsie qui a montré la cause de cette erreur. A noter aussi que deux heures et demi à peine se sont écoulées entre la mort de la femme et son entrée à l'hôpital.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Thèse de Mlle de Forin, 26 juillet 1892.)

La nommée B... Aurélie, âgée de vingt et un an, lingère, entrée le 7 juin 1891. Il nous est impossible de fournir sur cette femme des renseignements touchant ses antécédents héréditaires et personnels. Dès son arrivée à l'hôpital, son état nous a paru assez inquiétant pour que nous ayons cru bien faire en remettant à plus tard la fatigue d'une conversation.

Il était 6 h. 1/2 du soir, lorsque la malade est arrivée à la salle de consultations. Nous sommes aussitôt frappée de l'as-

pect de cette femme. Elle présente absolument le facies d'une albuminurique ; teint pâle, face bouffie, lèvres décolorées. De plus elle est très abattue, au point que nous avons été obligée de la soulever et de la coucher sur le lit d'examen. Mlle Hénault l'examine. Elle trouve une femme assez grande, bien conformée, le ventre et les seins normaux, un léger œdème autour des malléoles. Le dos est à gauche. Les bruits du cœur fœtal sont faibles et espacés, 30 à 40 par minute environ ; quelques instants après on ne les entend plus, l'enfant est donc en train de mourir.

La grossesse se serait passée jusqu'ici sans incidents, et ce sont des douleurs vives qu'elle ressent dans le bas-ventre qui l'amène à la Charité.

Ordre est donné par Mlle Hénault de transporter la parturiente dans la salle d'accouchements. Cathétérisme de l'urètre qui permet de constater l'albuminurie. Lavement, injection vaginale, toilette des organes. La malade gémit constamment et s'agite beaucoup. Les douleurs ne sont pas fréquentes.

A 8 heures voulant pratiquer un nouvel examen, nous trouvons la parturiente inondée de sang. L'hémorragie considérable a rougi tous les linges ; le siège baigne dans une mare de sang noirâtre, qui sort par jets volumineux, chaque fois que le doigt soulève la tête de l'enfant. Ce sang ne se coagule pas.

La femme se plaint d'avoir froid ; nous lui faisons une injection d'eau très chaude, et nous l'entourons de linges chauds et de boules d'eau chaude. Nous la forçons à boire des grogs qu'elle ne garde pas d'ailleurs. Elle vomit à différentes reprises. A ce moment le ventre est très sensible, douloureux

surtout à la partie inférieure et latérale droite. Mlle Hénault diagnostique une hémorragie interne.

A 9 heures, le sang coule toujours par la vulve. La dilatation n'a pas avancé. On fait des injections d'éther et l'on prépare un tamponnement en attendant l'arrivée de M. Budin. La malade ne perdant que peu de sang, on se borne à lui faire deux injections d'éther.

A 9 h. 30, M. Budin arrive, mais, l'hémorragie étant arrêtée, ne fait pas le tamponnement. Il recommande de terminer l'accouchement au forceps dès que ce sera possible.

A 10 heures, le ventre volumineux et dur est très douloureux à la pression. La face est très pâle, les lèvres décolorées ; de fines gouttelettes de sueur perlent sur le visage. On fait une injection de caféine, et l'on donne du champagne à la malade.

A 11 heures, deux autres injections de caféine sont faites. La femme paraît exsangue et se refroidit malgré les linges chauds et les boules d'eau chaude. Le pouls est filiforme, à peine perceptible ; il y a de la dyspnée. A 11 h. 45 l'état est le même, la dyspnée augmente.

A minuit, la pâleur est extrême, le refroidissement s'accentue ; le ventre toujours très gros durcit davantage. Il n'y a pas d'hémorragie extérieure, un peu de sang seulement souille l'ouate qui protège les organes génitaux. Les douleurs dans le bas-ventre sont plus vives ; la malade est très agitée, on croirait presque à du délire.

A minuit 50, des contractions énergiques et douloureuses se produisent. Très doucement nous pratiquons le toucher et nous trouvons la tête presque à la vulve. Deux autres contractions et le sommet se montre à l'orifice vulvaire. La rotation est faite. Devant l'épuisement de la malade et la distension

de l'utérus qui rendent inefficaces les contractions et les efforts, M. Basset décide de faire une application de forceps.

A chaque cuiller qui pénètre dans la cavité vaginale, un flot de sang noirâtre s'échappe avec violence. La quantité de sang perdue pendant cette opération peut être évaluée à près de 2 litres. La tête une fois dégagée, le fœtus, en état de rigidité cadavérique, est bientôt expulsé. Une abondante quantité de sang suit la sortie de l'enfant. On fait une injection vaginale très chaude.

L'utérus ne se contracte pas, il est largement ouvert, béant à l'orifice vulvaire. Mlle Hénault y introduit deux doigts et retire le placenta ainsi que des caillots adhérents sur toute la surface utérine.

Deux injections de VI gouttes d'ergotinine sont faites en peu de temps. La malade est insensible, menacée de syncope. Il n'y a plus d'hémorragie extérieure. Bâillements. La malade se cramponne aux personnes qui se trouvent près d'elle.

On baisse sa tête, on élève son siège et ses membres inférieurs. Compression des jambes et des cuisses par des bandes. Compression de l'aorte abdominale pendant une heure et demie. Pendant ce temps on fait une injection d'ergotinine et trois piqûres d'éther. Il est 2 heures, et malgré tous les moyens employés, nous ne sentons plus le pouls radial. La dyspnée est devenue intense. A 2 h. 1/2 les bruits du cœur lui-même s'entendent à peine ; de l'écume sort de la bouche de la malade qui bientôt ne donne plus signe de vie. Il est 2 h. 50.

Cette observation montre combien un trop bel optimisme et une trop longue expectation sont dangereux en présence d'une hémorragie rétro-placentaire.

Nous sommes surpris, surtout alors que le diagnostic a été fait, que, devant un état aussi grave de la malade, on n'ait pas cherché au moins à accélérer le travail.

Enfin, nous y avons pu voir combien tous les petits moyens tels que injections chaudes, piqûres d'éther, de caféine, injections d'ergotinine, etc., sont de peu d'utilité quand on a laissé l'hémorragie devenir trop abondante.

OBSERVATION XII

(Thèse Rousseau-Dumarcet, 1892.)

Au mois de mai 1890, M. le Dr Ribemont-Dessaignes fit apporter à la Clinique Baudelocque, l'utérus d'une multipare qui, prise brusquement au huitième mois de sa grossesse d'une hémorragie formidable, fut amenée exsangue à la maternité de l'hôpital Beaujon. Le fœtus était mort à l'arrivée de la femme. On fit le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta, et le col paraissant commencer à se dilater, on rompit les membranes et l'on pratiqua le tamponnement. La femme succomba quelques instants après.

L'examen de cet utérus fournit le premier document anatomique figuré, qui démontre de façon irréfutable le décollement prématuré total par suite de la brièveté du cordon.

N'oublions pas que là encore on fit le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta.

OBSERVATION XIII

(Schauta. — *Bulletin médical*, 1892.)

Une femme de quarante-quatre ans, enceinte pour la neuvième fois, était arrivée au terme de sa grossesse.

Elle fut prise brusquement d'une abondante hémorragie par les voies génitales. Un médecin appelé aussitôt soupçonna l'existence d'un placenta prævia, et fit transporter de suite la malade à la Clinique du professeur Schauta.

Là, on constata qu'elle présentait des signes d'une anémie profonde, une grande pâleur, de nombreuses pétéchies cutanées, et des ecchymoses aux membres et à la région lombaire. L'utérus semblait très volumineux ; il remontait jusqu'à l'appendice xyphoïde et s'étendait de chaque côté au delà de la ligne mamelonnaire ; sa paroi était tendue, comme lorsqu'elle se contracte d'une manière tétanique. De temps à autre survenaient des douleurs qui exagéraient cette tension. Il était impossible de sentir les parties fœtales par la palpation, assez nettement pour déterminer la position du fœtus, dont les bruits cardiaques ne pouvaient être constatés. Par les voies génitales il se faisait un écoulement de sang continu, qui par lui seul ne pouvait expliquer un si profond état d'anémie. Le col laissait pénétrer deux doigts ; on constatait une présentation du crâne, et, aussi haut que le doigt pouvait remonter, on ne trouvait pas trace de placenta. La vessie contenait une certaine quantité d'urine albumineuse.

M. Schauta diagnostiqua une hémorragie intra-utérine et chercha d'abord à relever les forces de la malade par une injec-

tion sous-cutanée de 350 grammes de solution physiologique de sel marin. Puis comme la dilatation du col ne se complétait pas, ne voulant pas faire d'incision sur l'utérus, il procéda à l'extraction de l'enfant grâce à une craniotomie. L'enfant mort avant l'intervention pesait 3.750 grammes. Après cette extraction M. Schauta alla de suite à la recherche du placenta qui était entièrement décollé et vit s'écouler de l'utérus plus de 2 kilogrammes de sang liquide ou coagulé. L'utérus se contracta aussitôt mettant ainsi fin à l'hémorragie. Mais la femme succomba au bout d'une heure.

Autopsie. — Néphrite très marquée. Nombreuses hémorragies interstitielles sur le placenta qui s'insérait sur la paroi antérieure de l'utérus à une hauteur normale.

Nous trouvons réunis dans cette observation la plupart des signes de l'hématome rétro-placentaire ; hémorragie externe insuffisante à expliquer un état d'anémie très grave, augmentation de volume et dureté de l'utérus, douleurs abdominales, mort du fœtus, albuminurie. N'empêche que le premier diagnostic posé fut celui d'insertion vicieuse du placenta.

Nous y voyons aussi qu'une intervention pourtant très rapide n'a pu empêcher la mort de la femme.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Observation de la clinique Baudelocque, no 35, 1898. Thèse Lehman, 1898.)

La nommée Léontine C..., âgée de quarante ans, couturière, IV-pare, est entrée à la salle de travail le 7 janvier 1898 à 2 h. 30 du soir. Dernières règles du 10 au 14 mai 1897.

Cette femme est venue plusieurs fois consulter à la clinique Baudelocque pendant les mois d'octobre et de novembre. Jamais on a trouvé d'albumine dans les urines. Les urines sont normales au moment de l'accouchement.

Femme de petite taille. Facies de rachitique. Lésions osseuses d'hérédo-syphilis. Présentant actuellement des accidents spécifiques sur lesquels elle ne peut donner aucun renseignement. Seins et ventre normaux. Utérus de consistance ligneuse. Bassin rachitique canaliculé. Auscultation nulle.

Cette femme dit avoir perdu depuis le matin une quantité considérable de sang ; sa chemise en est couverte. Elle n'a ressenti aucune autre douleur que celle des contractions utérines qui, depuis le matin, reviennent toutes les dix minutes environ. L'utérus mesuré 36 centimètres au-dessus du pubis (à sept mois et demi de grossesse). La femme ressent quelques douleurs dans l'intervalle des contractions. L'utérus présente une dureté ligneuse surtout dans sa portion droite et inférieure. Le palper est presque impossible. On ne sent seulement, en haut et à gauche, qu'un pôle qui ressemble à une tête et qui ballotte. On n'entend nulle part les bruits du cœur. Il s'écoule toujours du sang par la vulve. Au toucher l'orifice est dilaté (2 francs). On sent une poche des eaux absolument plate, très tendue qui sépare le doigt d'une partie fœtale très élevée qui ressemble à un petit membre. Pouls, 88. Température, 36° 7. On ne sent nulle part de placenta dans les environs de l'orifice.

M. Bouffe fait le diagnostic d'hydramnios, avec fœtus mort; probablement une présentation du siège et probablement aussi décollement du placenta normalement inséré.

La poche des eaux rompue laisse écouler 800 grammes de liquide amniotique mélangé à une assez grande quantité de

sang. Après l'écoulement du liquide, l'utérus paraît un peu moins tendu, il ne mesure plus que 31 centimètres. On donne un peu de chloroforme pour pouvoir pratiquer le toucher manuel afin de s'assurer exactement de la présentation et intervenir, car l'écoulement de sang continue.

Mlle Roze introduit la main et reconnaît une présentation du siège complet en sacro-droite. Chaque fois qu'on repousse légèrement la partie fœtale, il s'écoule du sang. On discute alors s'il faut introduire un ballon, mais la partie fœtale est exactement appliquée sur l'orifice, qui est très dur, ainsi que le segment inférieur. D'un autre côté l'enfant est mort, il n'y a donc plus à le préserver ; on se décide à abaisser un pied.

Mlle Roze dilate lentement l'orifice qui arrive à être comme 5 francs. Puis M. Bouffe abaisse un pied, le droit. Pendant que Mlle Roze a un doigt sur l'orifice, M. Bouffe tente quelques tractions pour tâcher d'engager le siège, mais on juge cette manœuvre dangereuse et on laisse les choses ainsi. La femme ne perd plus. Le pouls est à 90 (4 h. 10 du soir). On fait une injection de sérum salé de 500 grammes. La femme vomit : son état n'est pas bon ; face très pâle. On remarque chez elle un peu d'agitation.

Vingt minutes après, à 4 h. 30, il ne s'écoule toujours rien au dehors, mais comme son état devient grave, on place la femme dans la position obstétricale et M. Bouffe tente l'extraction.

Petit à petit le siège s'engage, puis le ventre et on n'a aucune difficulté pour extraire les épaules et la tête. Immédiatement derrière le fœtus jaillit un jet considérable de sang frais. Cette opération a duré quinze minutes.

La main gauche introduite pour faire la délivrance artificielle, sent dans l'utérus le placenta complètement décollé et une

quantité considérable de caillots dont on a recueilli 650 grammes en plus du sang liquide écoulé. L'utérus se contracte énergiquement.

La femme est dans un très mauvais état ; le pouls n'est plus comptable, il est imperceptible. On fait un tamponnement vaginal très serré, et on applique, sur le ventre, un bandage de corps. Depuis la délivrance il s'est écoulé très peu de sang.

Depuis ce moment 5 h. 30, il est impossible de faire revenir le pouls malgré 1.500 grammes d'injection sous-cutanée de solution salée, plusieurs injections d'éther et tous les moyens habituels.

La femme meurt à 6 h. 30.

Nous retrouvons dans cette observation un tableau clinique assez complet de l'accident qui nous occupe, et cependant nous voyons que le diagnostic fut hésitant.

On y trouve aussi la preuve que l'abaissement du pied, qui donne de si bons résultats dans les cas d'insertion vicieuse, n'est d'aucune utilité quand le placenta est normalement inséré, ne servant qu'à masquer le danger.

Il est aussi remarquable que le pouls qui à 5 h. 30 n'est plus comptable, était encore à 4 h. 10 relativement bon puisqu'il ne battait qu'à 90 pulsations. Cela prouve combien le danger vient d'une façon foudroyante, et combien il est difficile d'apprécier l'instant où il faut intervenir.

OBSERVATION XV

(Thèse Louis Devraigne, 5 avril 1906.)

Mme M..., trente-huit ans, ménagère, III-pare, arrive en ambulance le 3 octobre à minuit à la Maternité Lariboisière. La

malade est très pâle. Pouls : 95. L'utérus est dur, ligneux, douloureux au palper. Le col ramolli, non effacé, permet d'arriver sur la tête dont les os chevauchent facilement. La poche des eaux est intacte, tendue. Le segment inférieur est épais. Les bruits du cœur sont nuls. La malade ne perd pas. D'après les renseignements qu'elle donne elle paraît avoir eu aujourd'hui une hémorragie assez abondante, survenue lorsqu'elle était au lit sans douleur. Elle a constaté que son ventre avait augmenté immédiatement de volume et était devenu dur, douloureux. Elle se plaint de douleurs dans les reins ; de troubles de la vue. Les urines renferment de l'albumine. L'examen au gowers donne 59. Le diagnostic d'hématome rétroplacentaire est posé et vu l'état de la malade on intervient immédiatement.

La dilatation bimanuelle commencée à 1 heure du matin, très pénible par la rétraction de l'anneau de Bande, est complétée à 2 h. 45.

A ce moment on extrait un enfant mort pesant 1.650 grammes par le forceps. La malade expulse des caillots. dix minutes après l'extraction de l'enfant, délivrance naturelle complète avec membranes déchirées. Le placenta pèse 380 grammes. Derrière sortent de nombreux et volumineux caillots.

A 4 heures, la malade est calme, légèrement colorée, les extrémités sont réchauffées ; elle ne perd pas. Pouls, 140.

A 4 h. 10, la malade se décolore et s'agite en même temps qu'éclate une hémorragie assez abondante. Pouls, 150. Respiration 83. L'utérus est ramolli ; à peine perceptible, remonte au-dessus de l'ombilic ; lorsqu'on le presse il sort un flot de caillots. On fait le massage utérin ; la malade continue à perdre.

Le tamponnement intra-utérin est pratiqué, il est immédiate-

ment traversé. Le sang coule en nappe en même temps que la malade s'affaiblit, malgré une injection intra-veineuse de 1.800 grammes de sérum, et des piqûres de caféine, d'éther et d'ergotine.

A 5 h. 50, la malade meurt.

Cette observation relate le fait intéressant de l'augmentation subite du volume du ventre observé par la femme elle-même. Nous y voyons que la mort est survenue bien que l'on soit intervenu aussitôt que le diagnostic a été fait. Il est vrai cependant que le résultat fatal paraît plutôt être dû à l'inertie utérine qui a suivi la délivrance. Sans cette nouvelle complication il est fort probable que la femme aurait été sauvée.

OBSERVATION XVI

(Bar. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, 1906.)

La femme, de bonne santé habituelle, était arrivée au septième mois de sa sixième grossesse.

Nous n'avons eu que des renseignements très vagues sur les accidents qui avaient pu marquer les cinq premières grossesses. Celles-ci s'étaient toutes terminées par la naissance d'enfants vivants.

La malade nous fut apportée le 26 novembre 1905 à 1 heure du matin. Depuis la veille, elle se plaignait de dyspnée intense et ne sentait plus les mouvements de l'enfant.

La sage-femme de garde qui l'examina constata, que l'utérus était plus volumineux qu'il eût dû l'être, qu'il était constamment dur et que les battements du cœur fœtal ne pouvaient être

perçus. Le col était long, résistant, situé très en arrière. Il n'y avait pas d'hémorragie externe.

6 heures du matin. — La femme se plaignait d'une vive douleur sur le côté gauche du fond de l'utérus, et on l'examina de nouveau. L'utérus paraissait surdistendu ; il y avait un écoulement sanguin abondant, et la malade présentait des signes d'anémie suraiguë.

L'interne fit de suite une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum et plaça dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes de 300 grammes.

Quand M. Bar vit la malade, elle était dans un état très précaire, sans pouls. Le diagnostic d'hémorragie rétroplacentaire s'imposait, et il parut évident que l'évacuation rapide de l'utérus pouvait seule permettre quelque espoir.

Etant donnée l'absence d'effacement du col, sa résistance, sa situation en arrière, on pensa que l'accouchement par les voies naturelles nécessiterait des manœuvres trop prolongées, et M. Bar se décida à pratiquer l'opération césarienne, projetant de faire l'ablation de la partie supra-vaginale de l'organe, s'il n'y avait pas de contractions suffisantes pour assurer l'hémostase. Quand l'utérus fut incisé, une quantité considérable de sang noir s'écoula. On enleva rapidement le fœtus, le placenta les caillots qui remplissaient la cavité utérine, et on constata que l'hémorragie s'était produite dans la partie supérieure et gauche de l'utérus, au point où la malade avait accusé une douleur vive.

L'utérus se contractant bien, on prit, non sans hésiter, le parti de laisser l'utérus dont la paroi paraissait ecchymotique. On pratiqua donc le tamponnement utérin, on sutura la paroi utérine et on ferma la plaie de la paroi abdominale.

La malade resta dans un état de shock. Le soir les forces parurent se relever ; mais l'amélioration ne fut que passagère et le lendemain matin la mort survint.

Voilà donc une observation où, sans tergiverser, on se décida à la laparotomie, sitôt le diagnostic fait. La femme n'en a pas moins succombé.

OBSERVATION XVII

(Pottet. — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1908.)

X..., enceinte de cinq mois et demi, présente depuis six jours des signes d'infection générale, et d'hémorragie interne. Utérus dur. Membranes intactes. On les rompt, ce qui donne issue à un liquide inodore et clair. Extraction d'un fœtus mort, non macéré. Au cours de la délivrance artificielle on constate l'exis- d'un gros hématome rétroplacentaire infecté, d'odeur nauséabonde avec gaz putrides. Péritonite suraiguë. Laparotomie et opération de Porro. Infiltration gazeuse de tout le péritoine pelvien. Mort quatre jours *post-partum*.

Cette observation fait connaître un nouveau danger que peut faire courir à la femme l'hématome rétro-placentaire : l'infection générale. A ce sujet il nous paraît intéressant de rappeler qu'en 1888, Moreau, dans sa thèse, avait déjà entrevu la possibilité de cette complication, et en donnait la pathogénie. Voici ce qu'il écrivait : « L'infection putride serait, semble-t-il, à redouter dans les cas où l'hémorragie s'est arrêtée, tandis qu'il subsiste encore dans le col utérin et sur une certaine étendue de la surface interne de la matrice, jusqu'au siège de l'effu-

sion sanguine, un coagulum dont la présence se traduit parfois par la persistance d'un écoulement séro-sanguinolent, représentant la partie liquide du caillot.

« Cet accident n'est aucunement à redouter lorsque l'hémorragie est restée exclusivement interne et que l'épanchement ne s'est pas fait jour à l'extérieur. »

Il serait intéressant de savoir si, dans l'observation que nous venons de reproduire, l'hématome rétroplacentaire s'est accompagné d'hémorragie externe ou non.

OBSERVATION XVIII

(Lepage. — *Revue pratique d'obst. et de Péd.*, 1908.)

Le 10 février 1899, à 8 h. 1/2 du matin, était amenée à la Maternité de la Pitié, dans un état grave, une femme ayant eu antérieurement sept accouchements spontanés à terme ; tous les enfants nés vivants ont été élevés au sein par la mère. Deux sont morts (deuxième et quatrième). Des cinq qui restent l'aîné a dix-sept ans et le plus jeune deux ans. Le mari et la femme sont tous les deux dans un état marqué de misère physiologique ; le mari, d'apparence chétive, est pâle, maigre, voûté ; la femme a toujours été aussi pâle et de santé délicate. La femme est devenue enceinte dans le courant du mois de mai 1898.

Pendant sa grossesse aucune hémorragie ; appétit bon ; malgré cela, la femme supporte cette grossesse plus mal que les précédentes ; au dire du mari elle est fiévreuse et agitée.

Le 10 février 1899, à 5 heures du matin, la femme se lève pour uriner, se recouche, et se sent mal à son aise ; elle envoie chercher une sage-femme, elle est prise sans aucune douleur

d'une hémorragie qui devient rapidement très abondante, au point que les deux matelas et le sommier du lit sont traversés. La sage-femme, qui arrive au cours de cette hémorragie, demande un médecin, qui vient immédiatement et qui, en présence de l'état grave de la femme, la fait transporter à l'hôpital.

La femme arrive dans le service à 8 h. 1/2 du matin, on l'examine aussitôt : la face est pâle, les muqueuses sont exsangues et décolorées ; le pouls est à 142 ; la femme se sent extrêmement faible, mais n'accuse ni éblouissements, ni tintements d'oreilles ; peu d'agitation. Au palper, utérus dur d'une façon absolument constante ; le fond de l'utérus est à 38 centimètres au-dessus de la symphyse. L'auscultation ne permet de percevoir aucun battement du cœur fœtal. Au toucher, dilatation de 1 franc. Tête haute, simplement amorcee en G. A., n'appuyant pas sur le segment inférieur. La poche des eaux est plate, dépressible ; caillots dans le vagin. L'analyse des urines recueillies à la sonde décèle de l'albumine en petite quantité.

La femme perdant du sang, on débarrasse le vagin des caillots qu'il contient et on rompt la poche des eaux. Il s'écoule une petite quantité de liquide amniotique teinté par le sang. Injections très chaudes répétées. Sérum artificiel en injection sous-cutanée (300 gr.). L'hémorragie cesse pendant une dizaine de minutes. A l'aide des doigts on dilate avec assez de facilité l'orifice utérin, qu'on amène progressivement à une dilatation de 5 francs, puis d'une petite paume de main ; en insistant, même, on arrive presque jusqu'à la dilatation complète ; mais dès qu'on retire les doigts, l'orifice reprend ses dimensions primitives d'une paume de main.

A 9 h. 1/2, la tête est un peu descendue. L'hémorragie qui, dix minutes après la rupture de la poche des eaux, avait recom-

mencé, mais avec peu d'abondance, devient à ce moment très abondante ; la femme commence à devenir très agitée ; ses téguments sont absolument décolorés, le pouls est à 140. Nouvelles injections très chaudes. L'hémorragie externe s'atténue pour la deuxième fois, mais sans s'arrêter complètement. Injection de caféine ; deuxième injection sous-cutanée de sérum (200 gr.)

A 10 heures, M. Lepage examine la femme et constate que l'utérus est dur ; la paroi utérine, résistante, ne se relâche à aucun moment. La tête est en bas ; à l'auscultation on ne perçoit aucun bruit du cœur fœtal. Au toucher, défaut de tension au niveau des sutures et des fontanelles qui sont déprimées ; le doigt fait mouvoir les os de la tête les uns sur les autres, ce qui produit un bruit de crépitation osseuse perceptible pour les assistants par l'auscultation. Orifice du col dilaté comme une paume de main facilement dilatable. Diagnostic : fœtus mort en O. I. G, tête non engagée. Décollement prématuré du placenta. L'état général de la femme est en ce moment très grave ; signes d'hémorragie. Pouls : 130. Hauteur de l'utérus, 38 centimètres.

A 10 h. 10, M. Lepage fait la basiotripsie. Dilatation d'une petite paume de main ; pas de chloroforme ; nettoyage de la vulve et du vagin. M. Sauvage, interne du service, maintient solidement la tête fœtale en appuyant sur l'hypogastre de la femme. Introduction du perforateur, qui traverse la voûte du crâne fœtal au voisinage de la fontanelle postérieure, dans le pariétal gauche.

Extraction de la tête broyée. Autour du cou, le cordon forme deux circulaires serrées, on le coupe entre deux pinces. Dégagement des épaules et extraction facile d'un garçon pesant

2.900 grammes et mesurant 49 centimètres de longueur. Hauteur de l'utérus, après l'extraction, 25 centimètres.

A 10 h. 1/2, délivrance artificielle. Pendant qu'un aide comprime l'aorte abdominale au droit du rachis, après l'extraction du fœtus, M. Lepage introduit rapidement la main gauche dans l'utérus, il constate que le placenta est inséré en entier sur la face antérieure de l'organe : le placenta est manifestement décollé dans toute son étendue, séparé de la paroi utérine par du sang en partie coagulé. Au moment de l'extraction du placenta et des membranes, il se produit un léger écoulement de sang liquide. Lorsque le placenta est sorti des caillots de formation très récente sont expulsés en grande abondance ; irrigation intra-utérine, tamponnement léger de l'utérus avec de la gaze stérilisée. La femme n'a plus perdu à partir de ce moment. Pendant l'extraction de l'enfant et pendant la délivrance, la femme n'accuse pas de souffrance.

Lorsque l'extraction de l'enfant et la délivrance sont terminées, l'état de la femme est très grave : décoloration complète des téguments et des muqueuses, les pupilles sont dilatées, le visage couvert de sueur ; la malade veut se mettre sur le côté, elle est très agitée, plusieurs aides sont obligés de la tenir ; le pouls est très rapide et faible ; injection sous-cutanée de sérum, piqûre de caféine, oxygène ; la malade est maintenue la tête basse. Malgré tout cela, les symptômes s'aggravent ; à un moment, la malade se plaint de ne plus voir clair ; puis à l'agitation succède une période d'abattement et de stupeur. La femme ne donne plus signe de vie, cependant les battements de l'aorte persistent. On fait la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue, et une injection de sérum dans la veine médiane céphalique gauche. Mais au bout d'un certain

temps, les battements aortiques disparaissent à leur tour. La malade meurt à 11 h. 1/2.

Les caillots retirés de l'utérus au moment de la délivrance artificielle pèsent 1.200 grammes.

Ici encore l'intervention a été précoce ; mon maître Lepage n'a pas hésité à faire la basiotripsie sitôt qu'il eut posé le diagnostic d'hémorragie interne par décollement placentaire. Et, d'autre part, est-il possible, en présence d'une femme affaiblie par une grande perte de sang, de faire plus qu'on n'a fait dans le cas actuel. Nous ne le croyons pas. Nous sommes cependant obligé de constater que là encore la terminaison fut fâtale.

•

OBSERVATION XIX

(Leçon faite par le professeur Pinard le 23 décembre 1907 à la Clinique Baudelocque.)

Le 7 octobre 1907, la femme D..., demeurant à Montdidier, enceinte pour la quatrième fois, éprouve les premières douleurs de l'accouchement. Son premier accouchement a nécessité une application de forceps, les deux autres ont été spontanés et faciles. Cette quatrième grossesse a évolué normalement, et l'état général est toujours resté excellent.

Pendant toute la journée du 7 octobre, cette femme a fait la lessive, a lavé et nettoyé sa maison, et le soir a soupé de bon appétit.

A minuit, de fortes douleurs étant ressenties, le mari va chercher la sage-femme. Mme D..., sage-femme âgée de cinquante-neuf ans, exerçant à Montdidier depuis trente-cinq ans, bien

qu'ayant passé la nuit précédente à faire un accouchement, se rend de suite chez la femme D...

Son examen lui démontre : 1° que le travail est à peine commencé, « le col était dur, résistant, épais et faisait comme un bourrelet » ; 2° que la tête de l'enfant était au niveau du détroit supérieur.

Au lieu de rentrer chez elle Mme D... reste toute la nuit près de la parturiente ; en raison de la constatation de certains symptômes qui, lors de son arrivée, lui avaient fait craindre l'apparition de crises éclamptiques. De 2 heures du matin à 5 h. 1/2 il y a des vomissements. Des douleurs irrégulières se montrent pendant toute la nuit. A 8 heures du matin, un nouvel examen révèle que le travail a fait peu de progrès. La tête est un peu descendue dans l'excavation et le col commence à s'amincir. Dans ces conditions, Mme D... pense qu'elle peut s'absenter pour aller déjeuner et voir deux de ses clientes récemment accouchées.

A 10 heures du matin, au moment où elle achevait son déjeuner, on vient la prévenir que Mme D... avait des douleurs beaucoup plus vives. Elle part immédiatement, et, en arrivant, voit que sa cliente perdait du sang. Ayant constaté de plus que le travail faisait peu de progrès, en présence de l'hémorragie, elle pratique la rupture des membranes et l'hémorragie s'arrête. Elle s'était munie d'un appareil à injection, pensant que peut-être des injections chaudes seraient nécessaires, mais cette précaution fut inutile, l'hémorragie ne se reproduisit plus.

A partir de ce moment, sous une influence dont il reste encore à préciser la nature, la femme D... se montra non seulement indocile, mais ne voulut plus rien écouter de ce que lui disait la sage-femme. Mme D... perdit patience et s'en alla.

On alla quelque temps après chercher un médecin. Le premier auquel on s'adressa ne put venir ; le deuxième qu'on rencontra commença par écrire une lettre au maire de Montdidier, pour se plaindre de cet appel, puis se rendit chez Mme D... où il arriva vers 1 h. 1/2. Cette malheureuse n'était pas encore accouchée, mais elle venait de mourir. « C'est un crime — dit notre confrère — d'avoir laissé ainsi mourir une femme. »

L'autopsie montra que la mort avait eu pour cause une hémorragie grave due au décollement prématuré du placenta inséré normalement.

Nous avons gardé cette observation pour la fin, parce que c'est celle qui a contribué à nous faire choisir ce sujet de thèse, et qui nous fournira l'occasion de résumer brièvement l'impression qui se dégage de tous les cas d'hémorragie rétro-placentaire que nous venons d'exposer.

Mme D... fut en effet poursuivie pour homicide par imprudence, et c'est alors que le professeur Pinard n'hésita pas, pour un jour, à négliger ses nombreuses occupations, afin d'aller devant le tribunal de Montdidier courageusement intervenir en faveur de cette malheureuse sage-femme.

Sa belle et savante déposition n'empêcha pas d'ailleurs la condamnation de Mme D....

Nous relevons entre autres motifs de sa condamnation :

1° Avoir méconnu un état d'hémorragie grave ;

2° Avoir ignoré et laissé passer le moment opportun de rompre la poche des eaux ;

3° N'avoir établi ou fait instituer aucun traitement des signes habituels des hémorragies graves ;

4° Avoir méconnu la possibilité et l'urgence d'une opération obstétricale.

Le médecin-expert ajoute que le défaut des soins médicaux a augmenté les chances de mort d'environ 80 0/0.

Nous estimons que la lecture des dix-huit observations que nous avons réunies et qui précèdent démontre péremptoirement l'inanité de tous ces griefs ; nous pensons qu'elle rendrait les juges de Montdidier bien perplexes sur l'équité de leur jugement.

Il nous semble, en effet, qu'il résulte très nettement de leur étude :

Que le diagnostic du décollement prématuré du placenta normalement inséré si épineux dans les cas bénins est encore trop souvent bien difficile dans les cas graves. Nous constatons cependant avec plaisir qu'il se fait beaucoup plus souvent à mesure que cet accident de la grossesse est mieux connu.

Que la rupture des membranes, si utile dans des cas d'insertion vicieuse du placenta, souvent suffisante, dans les cas d'hémorragie rétro-placentaire légère, est d'un bien faible secours dans les cas d'hémorragie interne grave.

Il en résulte surtout que l'indication d'une opération obstétricale est excessivement difficile à préciser. Mon cher maître Lepage a fort bien montré cette difficulté. Je ne saurais mieux faire que de reproduire ses paroles : « Ce qui fait le danger des cas graves, dit-il, c'est surtout qu'ils sont insidieux, c'est que l'attention n'est pas appelée sur l'état de la femme par l'hémorragie externe et qu'on laisse passer le moment « utile » d'intervenir, parce qu'il

n'y a pas d'indication absolument nette commandant à ce moment-là l'intervention. »

Quant à l'affirmation du médecin-expert de Montdidier qui prétend que le traitement des signes habituels d'une hémorragie grave diminue les chances de mort d'environ 80 0/0, il nous semble aussi que la lecture des pages qui précèdent en démontre nettement l'imprudence.

Nous avons pu constater comment des femmes entourées de toutes les compétences, ayant à leur service toutes les ressources de la science, n'ont pu malgré tout échapper à un dénouement fatal. Nous pouvons joindre à cette constatation une remarque que nous avons faite dans les très nombreuses observations que nous avons dû lire, pour pouvoir réunir celles que nous venons de reproduire.

Nous avons remarqué que dans tous les cas, suivis de guérison de la femme, cette guérison est excessivement rarement due à une intervention opératoire. Très souvent on n'a absolument rien fait. Plus souvent, on a rompu les membranes, mais on a conscience, dans ces cas, que la femme aurait guéri quand bien même on aurait négligé de faire cette petite opération.

Une impression générale se dégage de nos lectures. C'est qu'autant les cas bénins sont peu redoutables, autant les cas graves mettent en peu d'instants la vie de la femme en danger. C'est ainsi qu'il est extrêmement difficile de juger au moment utile, qu'un cas finit d'être bénin et commence à être grave.

Si notre modeste travail pouvait contribuer à empêcher qu'un jugement analogue à celui que prononça le tribunal de Montdidier se renouvelle ; si surtout il pouvait donner

à quelqu'un l'idée de chercher et de trouver la solution des difficultés que nous venons d'exposer : nous aurions conscience d'avoir fait œuvre utile.

CONCLUSIONS

Le diagnostic du décollement prématuré du placenta normalement inséré, est le plus souvent fort difficile dans les cas bénins, très souvent il n'est pas fait.

Le diagnostic se fait de plus en plus fréquemment dans les cas graves, mais trop souvent, alors qu'il est trop tard pour intervenir d'une façon utile.

Quand on a fait un diagnostic précoce, une grosse difficulté subsiste : préciser le moment ou une intervention opératoire est indiquée et où cette intervention puisse encore offrir des chances de succès.

Bien que les cas bénins soient de beaucoup les plus fréquents. le décollement prématuré du placenta normalement inséré, n'en demeure pas moins un accident très redoutable. La femme peut mourir malgré tous les soins qu'on peut lui donner.

Vu : le Président de la thèse,
PINARD

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1668 Mauriceau. — Des maladies des femmes grosses et accouchées.

1694 Peu. — La pratique des accouchements.

1781 Baudelocque (J.-L.). — L'art des accouchements.

1807 Delaforterie. — Journal général de Médecine, t. XXIX, p. 384.

1816 Duncan-Stewart. — Traité des hémorragies, traduit par Mme Boivin.

1825 Lachapelle (Mme). — Pratique des accouchements ou mémoires et observations choisis sur les points importants de l'art.

1832 Baudelocque. — Traité des hémorragies internes de l'utérus qui surviennent pendant la grossesse, dans le cours du travail et après l'accouchement.

1835 Velpeau. — Traité complet de l'art des accouchements.

1839 Jacquemier. — Archives générales de Médecine.

1849 Blot. — Thèse de Paris.

1860 Braxton Hicks. — Transactions of the obstetr., t. II, p. 53.

1867 Cazeaux. — Traité d'accouchements.

1870 Goodel. — American Journal of obstetrics, t. II, p. 281.

1872 Depaul. — Leçons de clinique obstétricale.

1872 Persons. — Concealed hemmor. Bristish med. J. London.

1874 Pilat. — Annales de Gynécologie, t. I, p. 361.

1875 Smith. — British Medical J. London, p. 652.

1876 Duncan-Stewart. — Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique.

1878 Maberly. — Journal of Great Britain.

1879 Chantreuil. — Hémorragies utérines et placentaires liées à l'albuminurie, p. 305.

1882 Corne. — The Dublin Journal of Medical science, p. 439 et 449.

1884 Bartlett. — Weekly Medical. Rev. Chicago, p. 284.

1885 Delore. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Art. : Placenta.

1886 Barnes. — Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale.

1886 Pinard. — Annales de Gynécologie, t. I, p. 171 et 321.

1887 Rouhaud. — Thèse de Paris.

1888 Champetier de Ribes. — Annales de Gynécologie, t. II, p. 401.

1888 Budin. — Des Hémorragies internes de l'utérus gravide.

1889 Winter. — Zwei Medianschitt durch Gebærende, p. 21.

1890 Cagny. — Thèse de Paris.

1890 Kortright. — Brooklyn M. J., t. IV, p. 646.

1890 Schauta. — Pragische Med. Wochenschr.

1890 Tarnier. — Journal des Sages-femmes, p. 345.

1891 Henry (Mme). — Annales de Gynécologie, t. VI, p. 357.

1891 Coe. — Am. J. Obst. N.-Y., t. XXIV, p. 152.

1892 Rousseau-Dumarcet. — Thèse de Paris.

1892 Forin (Mlle de). — Thèse de Paris.

1892 Pinard. — Etudes d'anatomie obstétricale normale et pathologique.

1892 Varnier. — Revue pratique d'Obstétrique, p. 161.

1892 Maygrier. — Journal de Médecine de Paris, p. 347.

1893 Bonnaire. — Société obstétricale de Paris, juin.

1893 Budin. — Société obstétricale de Paris, p. 110.

1893 Maygrier. — Société obstétricale de Paris, p. 141.

1895 Doléris. — Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie, p. 41.

1896 Brindeau. — L'Obstétrique, 15 septembre.

1889 Lehman. — Thèse de Paris.

1899 Fieux. — Revue mensuelle de Gynécologie, Obstétrique Pédiatrie de Bordeaux.

1899 Weiller. — Thèse de Nancy.

1900 Fournier. — Congrès international de Médecine.

1900 Schull. — Revue médicale de l'Est, p. 283.

1901 Lelong. — Thèse de Paris.

1901 Ruhl. — Centralbl. f. Gynec., 16 nov.

1903 Szasz. — Beitræge zur Geb. und Gyn.

1904 Schickelé. — Beitræge zur Geb. und Gyn.

1904 Pinard. — Revue internationale de Médecine et de chirurgie, p. 396.

1905 Biancardi. — Annali di Ostetr. et Gyn., mai.

1905 Guinand. — Thèse de Montpellier.

1906 Landon. — Thèse de Paris.

1906 Annales de Gynéc. et d'Obst., juin.
1906 Société d'Obstétrique de Paris, 15 mars.
1906 Gaston. — Thèse de Lyon.
1907 Bulletin médical, décembre.
1908 Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.
1908 Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiâtrie.

Imp. spéciale de la librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris